

BOLETIN DE INSCRIPCION DE SOCIO DE NÚMERO

Federación Española de Hemofilia. Número: _____ Fecha: _____
 Asociación: _____ Número: _____ Fecha: _____
 Delegación Provincial de: _____ Número: _____ Fecha: _____

FOTO

** Datos a rellenar por la Federación Española de Hemofilia*

DATOS PERSONALES: *A rellenar por el interesado (padre, madre o tutor si el interesado es menor)*

NOMBRE Y APELLIDOS: _____
 DOMICILIO: _____ POBLACIÓN: _____
 PROVINCIA: _____ CODIGO POSTAL: _____
 SEXO: _____

Fecha y lugar de nacimiento: ____/____/____ Provincia: _____
 D.N.I. Nº _____ - _____ S.S.Nº ____/____ Profesión: _____
 Estado Civil: _____ Nombre y apellidos del cónyuge/pareja: _____
 Nombre y apellido del padre: _____
 Nombre y Apellido de la Madre: _____
 Teléfono: _____
 Móvil: _____
 e-mail: _____

DATOS HEMATOLÓGICOS:

Hemofilia: A B: Grave
 Moderada Porcentaje: ____% Otros: _____
 Leve
 Portadora A: B: Realizado Estudio Molecular SI NO

Von Willebrand: Tipo I: Tipo II: Tipo III:

Grupo Sanguíneo: _____ RH: _____

Efectos colaterales: VIH: SI NO Hepatitis A: SI NO Hepatitis B: SI NO Hepatitis C: SI NO

Tratamiento con Interferón SI NO Curación SI NO

Nombre y casa de factor comercial: _____

¿Tiene inhibidor? SI NO Alta Respuesta Baja Respuesta En tratamiento

Profilaxis: SI NO

Certificado Oficial de Minusvalía SI NO Porcentaje ____% Permanente Revisable

Hospital de Tratamiento: _____

Número de Historia Clínica: _____ Fecha de Diagnóstico: _____

Otras enfermedades: _____

Intervenciones Quirúrgicas: _____

Vacunación: _____

“UNIENDO ESFUERZOS PARA SEGUIR AVANZANDO”

NOMBRE DE HIJOS/AS	Fecha de Nacimiento	Hemofílico		Portadora		
.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> S/E*
.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> S/E
.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> S/E
.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> S/E
.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> S/E
.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> S/E

OTROS FAMILIARES CON HEMOFILIA	Parentesco	Hemofílico		Portadora		
.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> S/E*
.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> S/E
.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> S/E
.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> S/E
.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> S/E
.....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> S/E

**Sin Estudio*

Conocedor de la razón de ser de la Federación Española de Hemofilia y de las Asociaciones que la componen, así como de los deberes y derechos que sus Estatutos establecen, manifiesto mi deseo de inscripción como Socio de número comprometiéndome a cumplir las obligaciones correspondientes y a colaborar en todo lo que pueda en sus actividades y fines sociales

De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de diciembre, de protección de Datos de carácter Personal, la Federación Española de Hemofilia, y sus Asociaciones Regionales y Provinciales integrantes, le informan que los datos personales recogidos en el presente boletín serán incorporados a los ficheros de ASOCIACIONES, con la finalidad del mantenimiento, control, y cumplimiento de la relación de miembro suscrita con dichas organizaciones.

Respecto a los datos personales referentes a su salud, en virtud del artículo 7.3.LOPD., el titular, o su representante legal, autoriza expresamente su tratamiento con las finalidades anteriormente señaladas.

Por otra parte, y en cumplimiento del artículo 5.4.LOPD, el asociado, o su representante legal, declara haber informado a los titulares de los datos comunicados (familiares) de los siguientes aspectos: contenido del tratamiento, procedencia de los datos, la existencia del fichero de asociados y su finalidad, la no comunicación de sus datos, la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición; y la identidad y dirección de la Federación y la Asociación Territorial correspondiente.

En el caso de que se produzca en un futuro, alguna modificación de sus datos, le rogamos nos lo comuniquemos debidamente por escrito.

Lugar y fecha:
.....

Fdo.....
El afectado

Fdo.:.....
El padre, madre o tutor (si el afectado es menor)

OBSERVACIONES:

- Este boletín debe venir acompañado, indispensablemente, de un informe médico, donde se especifique la coagulopatía congénita que el afectado padece.
- El boletín de inscripción debe cumplimentarse individualmente y por duplicado por cada hemofílico que solicite la inscripción, con letra bien clara. Adjuntar dos fotografías recientes tamaño carné, para la realización del carné de hemofilia.
- Todos los datos son necesarios e imprescindibles para la afiliación del asociado.
- Cuando se trate de hemofílicos menores de 18 años debe figurar la conformidad del padre, madre o tutor, y en aquellos a los que su edad se lo impida, la cumplimentación y firma del boletín será realizada por el padre, madre o tutor.