

Muy Sres. Míos:

De acuerdo en manifestar mi situación clínica-analítica y siendo de mi interés la serie de ventajas que me puede llevar consigo el poseer el carné de Socio de número o la Tarjeta Sanitaria de la Federación:

Les agradecería la confección del Carné de Socio de número de la Federación Española de Hemofilia, para lo cual facilito mis datos de Diagnóstico, tratamiento de mi Coagulopatía Congénita y Dirección, así como Hospital de Referencia y médico que me atiende habitualmente: **AUTORIZO a la Federación Española de Hemofilia para que pueda utilizar mis datos expresados en esta hoja y los puedan plasmar en mi carné de Socio de número de la Federación.**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

D.N.I: \_\_\_\_\_ Teléf.: Casa : \_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Código Postal : \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

El Hospital dónde recibo mi tratamiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Nº : \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléf.: Hospital : \_\_\_\_\_ Teléf. directo Servicio de Hematología:- \_\_\_\_\_

El médico que me atiende es: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: Hemofilia: \_\_\_\_\_ GRAVE: \_\_\_\_\_ MODERADA: \_\_\_\_\_ LEVE: \_\_\_\_\_ VON WILLEBRAND SI \_\_\_\_\_ NO \_

Portadora A \_\_\_\_\_ B \_\_\_\_\_ Realizado Estudio Molecular: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_ Otra Coagulopatía: \_\_\_\_\_ tratamiento que recibe: \_\_\_\_\_

Tiene PROFILAXIS Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ El tratamiento es en Demanda Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ lugar de

Administración: Hospital \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Centro de Salud \_\_\_\_\_ Quien administra el tratamiento:

Paciente : \_\_\_\_\_ Familiar : \_\_\_\_\_ Personal Sanitario : \_\_\_\_\_

Tiene INHIBIDOR Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Alta Respuesta : \_\_\_\_\_ Baja respuesta : \_\_\_\_\_ Otras Complicaciones: \_\_\_\_\_

Tratamiento con Factor: PLASMÁTICO Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ RECOMBINANTE Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ MONOCIONAL Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre del Factor: \_\_\_\_\_ Nombre de la casa Comercial \_\_\_\_\_

Atentamente:

Fdo. \_\_\_\_\_

D.N.I \_\_\_\_\_

Los solicitantes tienen que tener cumplimentado el BOLETIN DE INSCRIPCION y ser Socios de Número de la Federación Española de Hemofilia.

\*Acompañar esta hoja cumplimentada, con 2 Fotos tamaño carné actualizadas.