

## 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  Leve Porcentaje: \_\_\_\_%  Otros: \_\_\_\_\_  
 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

## CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

### OBTENIDOS DIRECTAMENTE DE LOS INTERESADOS

De conformidad con lo establecido en el REGLAMENTO (UE) 2016/679 de protección de datos de carácter personal, le informamos que los datos que usted nos facilite serán incorporados al sistema de tratamiento titularidad de FEDERACION ESPAÑOLA DE HEMOFILIA con CIF V79188314 y domicilio social sito en CALLE VILLACASTIN, Nº 22 de MADRID provincia de MADRID C.P.:28034, con la finalidad de GESTION DE LOS DATOS DE LOS PACIENTES Y DE SU HISTORIA CLINICA Y DE LAS TAREAS ADMINISTRATIVAS DERIVADAS DE LA PRESTACION ASISTENCIAL.

**Mediante la firma del presente documento usted da su consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos con la finalidad mencionada.**

Sus datos serán conservados durante el plazo estrictamente necesario y serán borrados cuando haya transcurrido un tiempo sin hacer uso de los mismos.

**Se procederá a tratar los datos de manera lícita, leal, transparente, adecuada, pertinente, limitada, exacta y actualizada.** Mientras no nos comunique lo contrario, entenderemos que sus datos no han sido modificados y que usted se compromete a notificarnos cualquier variación.

De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa vigente **podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal** así como revocar el consentimiento prestado, dirigiendo su petición a la dirección postal indicada o al correo electrónico [mamartin@fedhemo.com](mailto:mamartin@fedhemo.com) y podrá dirigirse a la Autoridad de Control competente para presentar la reclamación que considere oportuna.

**En el caso de que se produzca en un futuro, alguna modificación de sus datos, le rogamos nos lo comunique 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.