



¡LE DAMOS LA BIENVENIDA!

NHF Colorado ofrece programación, educación y recursos para individuos y familias que se ven afectados por trastornos hemorrágicos crónicos y genéticos. Nuestra visión es crear un entorno en el que se sienta parte de una comunidad, parte de la solución y empoderado en su vida diaria a través de la conexión con otras personas que puedan relacionarse con usted y sus desafíos. El capítulo ofrece oportunidades gratuitas y de bajo costo en todo Colorado para crear conexiones y permitir una comprensión integral de los recursos disponibles. Su participación es la parte más valiosa de nuestra organización. Al completar este formulario, acepta recibir comunicaciones del Capítulo. Puede optar por no recibir comunicaciones por correo electrónico haciendo clic en el botón "cancelar suscripción" y optar por no recibir otras comunicaciones comunicándose con el Capítulo directamente.

Información del Paciente

Nombre	_____	
Apellido	_____	
Fecha de nacimiento	_____	
Nombre del jefe de familia:	_____	
Dirección	_____	
Ciudad/Estado/Código Postal	_____	
Teléfono	_____	
E-mail	_____	Teléfono Alt _____
<input type="checkbox"/>	Optar como voluntario (a)	

Por favor verifique su rango de edad:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Edad 0-6 | <input type="checkbox"/> Edad 25-39 |
| <input type="checkbox"/> Edad 7-12 | <input type="checkbox"/> Edad 40-60 |
| <input type="checkbox"/> Edad 13-17 | <input type="checkbox"/> Edad 60+ |
| <input type="checkbox"/> Edad 18-24 | |

Diagnóstico del paciente:

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hemofilia A | <input type="checkbox"/> Portador(a) | |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia B | <input type="checkbox"/> Factor 7 | <input type="checkbox"/> Trombosis |
| <input type="checkbox"/> VwD | <input type="checkbox"/> Factor 13 | <input type="checkbox"/> Otro Trastorno Hemorrágico Raro |
| <input type="checkbox"/> Trastorno plaquetario | | Por favor escriba el trastorno hemorrágico si es otro: |

NHF Colorado mide su éxito por sus programas. Indique sus áreas de interés

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Apoyo | <input type="checkbox"/> Marcha Unidos por Trastornos de Sangramiento |
| <input type="checkbox"/> Junta Directiva | <input type="checkbox"/> Campamento de Verano Mile High |
| <input type="checkbox"/> Mochileros + Hemofílicos | <input type="checkbox"/> Liderazgo (edades 14-17) |
| <input type="checkbox"/> Programa de Conexión | <input type="checkbox"/> Programa adultos únicamente |
| <input type="checkbox"/> Días de Empoderamiento Educativo | |
| <input type="checkbox"/> Campamento familiar | |

Al firmar el formulario a continuación, usted autoriza al Centro de Tratamiento de Hemofilia de la Universidad de Colorado a divulgar su información de contacto a NHF Colorado y ser agregado a nuestras listas de correspondencia por correo y correo electrónico. Luego, NHF Colorado se comunicará con usted por teléfono o correo electrónico para obtener cualquier información adicional que pueda ser relevante para determinar el interés y la elegibilidad del programa. Su participación es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento si lo solicita. Su información no se utilizará para ningún otro propósito ni se divulgará a terceros. También encontrará una versión web del Formulario de Consentimiento para Contactar en nuestro sitio web en cohemmo.org

Firma

Fecha