

Por favor, rellene este formulario y envíelo a info@cohemo.org para su tramitación.
 Los pedidos están limitados a una pulsera anual por paciente, o a un collar cada dos años.
 Por favor, mida la talla para que sea correcta. No se pueden hacer nuevos pedidos por tallas incorrectas.
 Complete ambos formularios y envíe un correo electrónico a info@cohemo.org

Nombre y apellidos del paciente (obligatorio)

Dirección de correo electrónico del paciente

Dirección del paciente (obligatoria)

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono del Paciente

Teléfono del HTC o Hematólogo

Fecha de Nacimiento HTC or Hematólogo

Profesional de la salud que completa el Formulario

Flex de Acero Inoxidable



Banda OTAN

Azul/Rosado Azul/Rojo Multicolor Azul/Verde/Rojo

Banda de Silicona

Negro Azul Rojo Blanco Rosado Morado

S (6") M (6.75") L (7.5") XL (8.5")

Etiqueta Pequeña de acero Inoxidable Rojo



18" 20" 24" 27"

Frente

Línea 1: _____ 13 Caracteres Máx.

Línea 2: _____ 13 Caracteres Máx.

Línea 3: _____ 13 Caracteres Máx.

Parte Trasera

Línea 1: _____ 13 Caracteres Máx.

Línea 2: _____ 13 Caracteres Máx.

Línea 3: _____ 13 Caracteres Máx.

Línea 4: _____ 13 Caracteres Máx.

Línea 5: _____ 13 Caracteres Máx.

Frente

Línea 1: _____ 11 Caracteres Máx.

Línea 2: _____ 11 Caracteres Máx.

Parte Trasera

Línea 1: _____ 20 Caracteres Máx.

Línea 2: _____ 20 Caracteres Máx.

Línea 3: _____ 15 Caracteres Máx.

Línea 4: _____ 16 Caracteres Máx.

Línea 5: _____ 20 Caracteres Máx.

Línea 6: _____ 20 Caracteres Máx.

Pulsera Clásica de Acero Inoxidable



- 7"
 8"
 9"
 10"

Frente

Línea 1: _____ 15 Caracteres Máx.
 Línea 2: _____ 15 Caracteres Máx.
 Línea 3: _____ 15 Caracteres Máx.
 Línea 4: _____ 15 Caracteres Máx.

Parte Trasera

Línea 1: _____ 25 Caracteres Máx.
 Línea 2: _____ 23 Caracteres Máx.
 Línea 3: _____ 23 Caracteres Máx.
 Línea 4: _____ 25 Caracteres Máx.

Pulsera Clásica Pequeña de Acero Inoxidable



- 5"
 6"
 7"
 8"
 9"
 10"

Frente

Línea 1: _____ 10 Caracteres Máx.
 Línea 2: _____ 13 Caracteres Máx.
 Línea 3: _____ 12 Caracteres Máx.
 Línea 4: _____ 13 Caracteres Máx.
 Línea 5: _____ 10 Caracteres Máx.

Parte Trasera

Línea 1: _____ 17 Caracteres Máx.
 Línea 2: _____ 20 Caracteres Máx.
 Línea 3: _____ 20 Caracteres Máx.
 Línea 4: _____ 20 Caracteres Máx.
 Línea 5: _____ 17 Caracteres Máx.

Brazalete Elegante de Silicona



- Negro Azul Rojo Blanco Rosado Morado
- S (6")
 M (7")
 L (8")
 XL (9")

Línea 1: _____ 13 Caracteres Máx.
 Línea 2: _____ 13 Caracteres Máx.
 Línea 3: _____ 13 Caracteres Máx.
 Línea 4: _____ 13 Caracteres Máx.

Brazalete con Motivos

Adjustable 5.5" – 6.75"



- Delfín Mariposa Floral Dinosaurio Estrellas

Frente

Línea 1: _____ 16 Caracteres Máx.
 Línea 2: _____ 16 Caracteres Máx.
 Línea 3: _____ 16 Caracteres Máx.
 Línea 4: _____ 16 Caracteres Máx.
 Línea 5: _____ 16 Caracteres Máx.



Collar Clásico de Acero Inoxidable

- 18" 24"
- 22" 27"

Frente

Línea 1: _____ 9 Caracteres Máx.
 Línea 2: _____ 11 Caracteres Máx.
 Línea 3: _____ 13 Caracteres Máx.

Parte Trasera

Línea 1: _____ 11 Caracteres Máx.
 Línea 2: _____ 13 Caracteres Máx.
 Línea 3: _____ 14 Caracteres Máx.
 Línea 4: _____ 16 Caracteres Máx.
 Línea 5: _____ 18 Caracteres Máx.
 Línea 6: _____ 16 Caracteres Máx.
 Línea 7: _____ 14 Caracteres Máx.
 Línea 8: _____ 11 Caracteres Máx.



Collar Clásico Pequeño de Acero Inoxidable

- 18" 24"
- 20" 27"

Frente

Línea 1: _____ 8 Caracteres Máx.
 Línea 2: _____ 10 Caracteres Máx.

Parte Trasera

Línea 1: _____ 8 Caracteres Máx.
 Línea 2: _____ 10 Caracteres Máx.
 Línea 3: _____ 12 Caracteres Máx.
 Línea 4: _____ 13 Caracteres Máx.
 Línea 5: _____ 13 Caracteres Máx.
 Línea 6: _____ 12 Caracteres Máx.
 Línea 7: _____ 10 Caracteres Máx.
 Línea 8: _____ 8 Caracteres Máx.

Para pedir uno de cada uno de los artículos de cortesía que aparecen a continuación, marque los que desea recibir con su identificación médica principal.



ID InCase*

(se coloca en la parte posterior del teléfono)



Colgante
(Seleccione Uno)



Tarjetero Expansible

*El grabado en InCase será idéntico al que usted proporcionó para su identificación médica principal anterior.



¡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 cohem.org

Firma

Fecha