

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

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.