HEMOPHILIA ASSOCIATION OF NEW JERSEY
For All Bleeding Disorders

Registración

La información que obtenemos en este formulario es confidencial y es usado solo para mejor servirle. Esta información no será compartida sin su concento escrito.

Nombre

Fecha

Persona con desorden sangrante

Dia de nacimiento

Genero

- Masculino (M)
- Femenino (F)
- No Binario/a
- Elijo no responder
- Otro

Dirección

(Calle)

(Ciudad)

(Condado)

(Estado)

(Código Postal)

Nombre de persona a quien mandar correo:

(Primer nombre)

(Apellido)

Número de Teléfono

(Celular)

(Trabajo)

(Casa)

Correo electrónico

Tipo de desorden sangrante

¿Tienes Inhibidores?

- Sí
- No

¿Qué es la severidad?

- Templado
- Moderar
- Severioere

Nombre de la compañía que entrega su factor

¿Usas servicio de enfermera para su factor?

- Sí
- No

Nombre y Dirección de su centro de tratamiento de hemofilia

(Nombre)

(Dirección)

Nombre de su Doctor en el centro de tratamiento de hemofilia

Nombre de su trabajadora/trabajador Social en el centro de tratamiento de hemofilia

Menores:

(Nombre de Padre)

(Nombre de Madre)

(Nombre de Guardián)

(Relación)

Por Favor en elegir la etnicidad que le corresponde

- Hispano o Latino
- No Hispano o Latino

Por Favor en elegir la raza que le corresponde

- Indio
- Asiátic
- Negro
- Prefiero no responder
- Blanco

La persona registrando es

- Estudiante
- Tiene empleó – Tiempo completo
- No tiene empleó
- Tiene empleó – Medio Tiempo
- Retirado
- Otro

Nombre y dirección de escuela o empleo

Ocupación

¿Interesado en ser parte de un comité de HANJ?

- Sí
- No

¿Qué programas quiere ver HANJ ofrecer?

Por favor en completar y entregar a:

Hemophilia Association of New Jersey
197 Route 18 South, Suite 201
North East Brunswick, NJ 08816
Fax: 732-249-7999 Email: info@hanj.org