



Conferencia sobre trastornos hemorrágicos en Texas Resumen del evento de 2010

Motivo: La Conferencia sobre trastornos hemorrágicos en Texas es una colaboración entre el Capítulo Lone Star de la Fundación Nacional de Hemofilia en Houston y la Asociación de Hemofilia de Texas Central en Dallas. La conferencia se realiza para el beneficio de la comunidad con trastornos hemorrágicos y de coagulación de Texas. Anticipamos la presencia de más de 800 durante el fin de semana. Tendremos un hall con expositores, donde los representantes de nuestra industria pueden reunirse con la comunidad, y muchos seminarios educativos y sesiones en grupos pequeños de trabajo en el transcurso del fin de semana.

Ofrecemos alojamiento para la noche del viernes y del sábado y las comidas durante el fin de semana para todos los asistentes. Brindaremos UNA habitación por familia – en caso de necesitar más habitaciones para alojar a su familia, comuníquese con nosotros.

Fecha: Viernes 18 de junio al domingo 20 de junio de 2010
Planifique su llegada para el viernes por la tarde; la inscripción comienza a las 2pm.
Los temas de las sesiones incluirán los siguientes: Enseñanza en las escuelas, los deportes y los ejercicios, Introducción a los seguros, la enfermedad de von Willebrand, inhibidores, mujeres y portadoras ¡y muchos más!
No se pierda este gran evento; ¡hemos planeado algo especial para la noche del sábado!

Lugar: San Antonio Marriott Rivercenter
101 Bowie Street
San Antonio, Texas 78205 USA
Teléfono: 1-210-223-1000 Fax: 1-210-223-6239 Línea gratuita: 1-800-648-4462



Conferencia sobre trastornos hemorrágicos en Texas

18 al 20 de junio de 2010

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA FAMILIAS E INDIVIDUOS

Para inscribirse: (Fecha límite de inscripción – 21 de mayo de 2010)

Envíe el formulario de inscripción por correo a: Lone Star Chapter of the NHF • 10500 Northwest Freeway Suite 226 • Houston, TX 77092 Teléfono: 713-686-6100 Fax: 713-686-6102 Correo electrónico: mcompton@lonestarmemophilia.org

Sección 1: INFORMACIÓN DE PAGO

Debemos recibir la información del pago antes de poder procesar su inscripción. Hay algunas becas para familias que no pueden pagar el arancel de inscripción. Comuníquese con su centro de tratamiento de la hemofilia para obtener solicitudes.

Marque el método de inscripción: \$25 Individual \$50.00 Familia (Padres e hijos)

Método de pago: Cheque Money Order Tarjeta de crédito

Número de tarjeta de crédito _____ Código de seguridad _____ Fecha de vencimiento _____
(Visa/MC en el reverso, AMEX en el frente)

Nombre en la tarjeta de crédito _____ Firma _____

Otros arreglos para el pago (Explicar): _____

Sección 2: INFORMACIÓN (Por favor, escriba con letra clara o a máquina.)

Su nombre: _____
(Apellido, Nombre)
Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

(Coloque al menos un teléfono de contacto abajo.)

Teléfono de la casa: () _____

Teléfono del trabajo: () _____

Teléfono celular: () _____

Correo electrónico: _____

La persona en la familia tiene:
Hemofilia/vonWillebrand/Otra (Marcar una)

Relación con la persona con el trastorno hemorrágico
Usted mismo/Padre/Familiar/Otra _____

Nombre del cónyuge: _____
(Apellido, Nombre)

Teléfono del trabajo: () _____

Teléfono celular: () _____

Correo electrónico: _____

Hay disponible traducción al español en las sesiones generales.
Por favor, indique cuántas personas en su familia necesitarán de este servicio. _____

¿Alguien de su familia tiene una dieta especial o alguna restricción alimentaria?

De ser así, explicar: _____

¿Autoriza el uso de cualquier fotografía o video para el uso exclusivo de LSC y TexCen? Sí No

¿Inscribe a sus hijos en el Programa juvenil (14 años de edad y menos) y/o el Programa *Transition Ignition* para jóvenes adultos (15 a 20 años)? Sí No (Si lo hace, enumere abajo.)

Nombre del joven: _____
(Nombre y fecha de nacimiento)

Nombre del joven adulto _____
(Nombre y fecha de nacimiento)

Nombre del joven: _____
(Nombre y fecha de nacimiento)

Nombre del joven adulto _____
(Nombre y fecha de nacimiento)

Nombre del joven: _____
(Nombre y fecha de nacimiento)

Nombre del joven adulto _____
(Nombre y fecha de nacimiento)

Nombre del joven: _____
(Nombre y fecha de nacimiento)

Nombre del joven adulto _____
(Nombre y fecha de nacimiento)

Conferencia sobre trastornos hemorrágicos en Texas
18 al 20 de junio de 2010
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA FAMILIAS E INDIVIDUOS

Información del hotel

El Capítulo Lone Star y la Asociación de Hemofilia de Texas Central pagarán por una habitación de hotel para el viernes 18 de junio y el sábado 19 de junio. En cada habitación duermen 5 personas. En caso de que su familia necesite una habitación adicional durante la conferencia, comuníquese con el número que aparece abajo. Hay habitaciones disponibles a \$109/noche.

Dos Dobles _____ Una cama King _____ Cuna de bebé requerida _____
(La configuración de la habitación se basa en la disponibilidad)

Usted será responsable de pagar cualquier monto adicional cargado a la habitación, incluido el minibar.

Si desea llegar antes o permanecer después de la conferencia, hay habitaciones disponibles a \$109/noche. Comuníquese con nosotros para reservar sus habitaciones adicionales.

¿Preguntas?

Dirija cualquier pregunta sobre el alojamiento a mcompton@lonestarahemophilia.org

El hotel tiene estacionamiento disponible a \$15 sin valet /\$25 con valet por día.

Conferencia sobre trastornos hemorrágicos en Texas
Inscripción 2010 para jóvenes
(Entregue un formulario completo por cada joven que esté con usted en la Conferencia)

Nombre del joven: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Apellido, Nombre)

Edad: _____ Haga un círculo alrededor de una opción: Masculino / Femenino

Talle de camiseta (Sólo de 3 a 14 años): (Jóvenes) 6-8 10-12 14-16 (Adultos) Small Medium Large X-Large

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Relación con el niño/a: Mamá / Papá / Otra relación _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Números de teléfono que tendrá en la conferencia para casos de emergencia:

Relación del niño con un trastorno hemorrágico:

_____ Factor VIII _____ Factor IX _____ Otro Factor Def. _____ VwD _____ Portador _____ Hermano/a

Otra (explicar) _____

Enumere TODAS las afecciones médicas, alergias e incluya TODOS los medicamentos (incluso el FACTOR), y también cualquier otra información necesaria para garantizar la seguridad de su niño.

*** El padre/la madre/ el tutor abajo firmante por la presente acepta permitir que su hijo/a, _____, participe en las actividades del programa para Jóvenes/Adolescentes del Capítulo Lone Star de la NHF y de la Asociación de Hemofilia de Texas Central durante la Conferencia sobre trastornos hemorrágicos de Texas en San Antonio, TX, del 18 al 20 de junio de 2010. El padre/la madre/ el tutor abajo firmante por la presente acepta indemnizar y eximir al Capítulo Lone Star de la NHF y a la Asociación de Hemofilia de Texas Central de toda responsabilidad que se produzca por la participación del mencionado niño/a en las actividades patrocinadas y realizadas por el Capítulo Lone Star de la NHF y la Asociación de Hemofilia de Texas Central.*

Firma del padre, madre o tutor _____ **Fecha** _____

¿Usted o su cónyuge tienen seguro médico/para accidentes? ___ SI ___ NO En caso de tenerlo, complete la siguiente información:

Nombre de la compañía: _____ Número de teléfono de la compañía: _____

Dirección de la compañía: _____

Número de póliza: _____ Nombre del titular de la póliza: _____