

**X JORNADAS ANDERSEN PARA PACIENTES CON IHIBIDOR Y SUS FAMILIAS**  
**2 al 6 de julio de 2014**

**SOLICITUD**

**1. AUTORIZACIÓN FAMILIAR PARA MENORES DE EDAD SIN ACOMPAÑANTES:**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, solicito y autorizo a que mi hijo/a \_\_\_\_\_ asista a las "X Jornadas Andersen para Pacientes con Inhibidor 2014", organizadas por la Asociación Regional Murciana de Hemofilia y la Federación Española de Hemofilia, a celebrar del 2 al 6 de julio en el "Centro de Formación Permanente en Hemofilia", La Charca, Totana (Murcia).

\_\_\_de \_\_\_de 2014. Fdo. \_\_\_\_\_ (PADRE, MADRE O TUTOR )

**2. DATOS A RELLENAR DEL AFECTADO DE HEMOFILIA CON INHIBIDOR:**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfonos \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Asociación \_\_\_\_\_

**3. OTROS ACOMPAÑANTES del AFECTADO DE HEMOFILIA CON INHIBIDOR:**

Nombre y Apellidos del Padre \_\_\_\_\_  
Trabajo/Estudios que realiza \_\_\_\_\_  
Nombre y Apellidos de la Madre \_\_\_\_\_  
Trabajo/Estudios que realiza \_\_\_\_\_  
Hermanos/as:  
1 \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Hijos/as del afectado de Hemofilia con Inhibidor, nombre y apellidos:

1 \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
2 \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
3 \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

En caso de otros acompañantes especificar:

1 \_\_\_\_\_

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal, le informamos que sus datos obran en nuestros ficheros y que tiene el derecho de información en la recogida de los mismos a saber por qué y cómo son tratados sus datos personales y decidir en cuanto a su tratamiento. Puede ejercitar los derechos de consulta, acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos contactando con: Asociación Regional Murciana de Hemofilia ó Federación Española de Hemofilia

#### 4. ¡ IMPORTANTE!!

- **CADA ASISTENTE DEBE TRAER SU PROPIO FACTOR EN FUNCIÓN DE UN CONSUMO APROXIMADO PARA 5 DÍAS.**
- **ADJUNTAR UN INFORME MÉDICO ACTUALIZADO DEL AFECTADO CON INHIBIDOR.**
- **ADJUNTAR EL ÚLTIMO INFORME MÉDICO DE REHABILITACIÓN, SI SE DISPONE, U OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.**
- **ADJUNTAR UNA FOTO TAMAÑO CARNÉ.**

#### NO OLVIDAR

- El día **20 de Junio se acaba el plazo de inscripción**. La reserva de plazas se hará por fecha de entrada de esta solicitud. Si la inscripción entra fuera de plazo o una vez cubierto el número de asistentes quedaría en reserva por orden de entrada. Hay plazas para entre 15 y 25 afectados con inhibidor.
- Sin límite de edad.
- Tienen prioridad aquellos que asisten por primera vez.
- Informe médico, FACTOR para 5 días y autorización para el menor que asista.

**DESPLAZAMIENTO:** Una vez la Asociación Regional Murciana de Hemofilia le ha confirmado su inscripción, el desplazamiento es gestionado ésta.

**REMITIR TODA LA DOCUMENTACIÓN A:** Asociación Regional Murciana de Hemofilia. C/ Lorca 139, Bajo 3. C.P. 30120 El Palmar (Murcia).  
Telf: 968 88 66 50 Fax: 968 88 45 76

#### **MÁS INFORMACIÓN:**

**Asociación Regional Murciana de Hemofilia**

**Telf: 968 88 66 50 / 968 88 45 76**

**Federación Española de Hemofilia**

**Telf: 91 314 65 08**

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal, le informamos que sus datos obran en nuestros ficheros y que tiene el derecho de información en la recogida de los mismos a saber porqué y cómo son tratados sus datos personales y decidir en cuanto a su tratamiento. Puede ejercitar los derechos de consulta, acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos contactando con: Asociación Regional Murciana de Hemofilia ó Federación Española de Hemofilia.