



FORMULARIO DE SOCIOS/AS DE NÚMERO
ASOCIACIÓN ANDALUZA DE HEMOFILIA (ASANHEMO)

SOCIO/A NÚMERO

1) DATOS PERSONALES:

APELLIDOS Y NOMBRE:

SEXO:

FECHA NACIMIENTO:

DNI:

TELÉFONOS:

EMAIL:

DOMICILIO:

POBLACION:

PROVINCIA:

LUGAR DE NACIMIENTO:

NOMBRE DEL PADRE:

NOMBRE DE LA MADRE:

ESTADO CIVIL:

NOMBRE DE LA PAREJA:

GRADO DE FORMACIÓN:

PUESTO DE TRABAJO:

2) DATOS HEMATOLÓGICOS:

TIPO DE COAGULOPATÍA:

HEMOFILIA: A B GRADO: LEVE

MODERADA

GRAVE

PORCENTAJE FACTOR DEFICITARIO: _____ %

TIPO DE DISCAPACIDAD FÍSICA PSÍQUICA SENSORIAL OTRAS _____

VON WILLEBRAND TIPO I II III

OTROS DÉFICIT DE LA COAGULACIÓN: _____

En cumplimiento de la Ley 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal se informa que los datos consignados en el presente formulario, se incluirán en un Fichero de Datos de Carácter Personal cuyo responsable es **ASOCIACIÓN ANDALUZA DE HEMOFILIA**. Dichos datos se utilizarán única y exclusivamente para la **prestación de los servicios propios de la asociación, así como para la gestión del cobro de las cuotas de los asociados**. La ASOCIACIÓN ANDALUZA DE HEMOFILIA no comunicará los datos a ninguna entidad ajena a la misma, ni los utilizará con un fin distinto al descrito anteriormente. El interesado puede hacer efectivos en cualquier momento los derechos de información, acceso, rectificación, oposición y cancelación, en virtud de lo dispuesto en la Ley 15/1999, dirigiéndose a: **ASOCIACION ANDALUZA DE HEMOFILIA, c/ Castillo Alcalá de Guadaira, nº 7, 4º B 41013 de Sevilla.**

DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA por el Ministerio del Interior en virtud de la Orden 28/09/09.



¿TIENE INHIBIDOR? SI NO

ALTA RESPUESTA BAJA RESPUESTA EN TRATAMIENTO

PORTADORA A B SIN DETERMINAR PORTADORA DE NIVEL BAJO

INDICA TU TRATAMIENTO HABITUAL (nombre y casa comercial del producto) _____

PROFILAXIS SI NO EFECTOS

COLATERALES:

VIH SI NO HEPATITIS A SI NO HEPATITIS B SI NO HEPATITIS C SI NO OTRAS

ENFERMEDADES: _____

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: _____

VACUNAS: _____

HOSPITAL DE REFERENCIA: _____

NOMBRE HEMATOLOG@ DE REFERENCIA: _____

CERTIFICADO OFICIAL DE GRADO DE DISCAPACIDAD SI NO PORCENTAJE RECONOCIDO _____%

PERMANENTE REVISABLE

NOMBRE DE HIJOS/AS:	FECHA NACIMIENTO:	HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PORTADORA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SIN ESTUDIO

OTROS FAMILIARES CON HEMOFILIA	PARENTESCO	HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PORTADORA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SIN ESTUDIO

En cumplimiento de la Ley 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal se informa que los datos consignados en el presente formulario, se incluirán en un Fichero de Datos de Carácter Personal cuyo responsable es **ASOCIACIÓN ANDALUZA DE HEMOFILIA**. Dichos datos se utilizarán única y exclusivamente para la **prestación de los servicios propios de la asociación, así como para la gestión del cobro de las cuotas de los asociados**. La ASOCIACIÓN ANDALUZA DE HEMOFILIA no comunicará los datos a ninguna entidad ajena a la misma, ni los utilizará con un fin distinto al descrito anteriormente. El interesado puede hacer efectivos en cualquier momento los derechos de información, acceso, rectificación, oposición y cancelación, en virtud de lo dispuesto en la Ley 15/1999, dirigiéndose a: **ASOCIACION ANDALUZA DE HEMOFILIA, c/ Castillo Alcalá de Guadaíra, nº 7, 4º B 41013 de Sevilla.**
DECLARADA DE UTILIDAD PUBLICA por el Ministerio del Interior en virtud de la Orden 28/09/09.



OBSERVACIONES:

MANIFIESTO MI DESEO DE INSCRIPCIÓN COMO SOCIO/A DE NUMERO, COMPROMETIÉNDOME A CUMPLIR LAS OBLIGACIONES CORRESPONDIENTES Y A COLABORAR EN TODO LO QUE PUEDA EN SUS ACTIVIDADES Y FINES SOCIALES. DECLARO ESTAR CONFORME CON LOS ESTATUTOS DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE HEMOFILIA (ASANHEMO) ASUMIENDO LOS DERECHOS Y DEBERES QUE ELLO CONLLEVA.

CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

DATOS OBTENIDOS DIRECTAMENTE DE LA PERSONA INTERESADA O REPRESENTANTE LEGAL

AUTORIZACIÓN:

Don/Doña _____ con DNI _____, autorizo a esta entidad a un uso de mis datos

Estos datos de carácter personal se encuentran incluidos en las actividades de tratamiento "PACIENTES" de las que es Responsable ASOCIACIÓN ANDALUZA DE HEMOFILIA (ASANHEMO). Esta finalidad está basada en su consentimiento, expresado con la firma del presente documento. Los datos se mantendrán en tanto se mantenga la relación, y en ningún caso serán cedidas a terceros. Asimismo, solicita su consentimiento expreso para lo siguiente:

Autorizo que mis datos sean utilizados por la empresa CON LA FINALIDAD DE GESTIONAR LA RELACIÓN CON LOS PACIENTES, HISTORIALES CLÍNICOS, FACTURACIÓN Y OBLIGACIONES INHERENTES A ELLOS, MEDIANTE SU TRATAMIENTO COMO PACIENTES.

_____(Firma y Nombre completo)



BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN DE SOCI@ DE NÚMERO

DELEGACION DE.....Nº DE SOCIO/A.....

D.....

D.N.I....., DIRECCIÓN.....

POBLACIÓN.....PROVINCIA.....

TELÉFONOS.....

MANIFIESTA EL DESEO DE SER SOCI@ DE NÚMERO DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE HEMOFILIA (ASANHEMO) PARA CONTRIBUIR A SUS FINES SOCIALES Y PARTICIPAR CON CUOTA DE.....€ QUE SE HARÁ EFECTIVA

(PERIODICIDAD)

(CANTIDAD EN LETRA)

MEDIANTE LA PRESENTACIÓN DE RECIBOS A MI NOMBRE.

En.....a.....de.....de 20...

(FIRMA DEL SOCI@ O TUTOR)

Fdo:.....

A/A. PRESIDENCIA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE HEMOFILIA

DOMICILIACIÓN BANCARIA

Sr/a. director/a

Banco o caja de ahorros.....

Sucursal.....

Estimado señores:

Les ruego que a partir de esta fecha y hasta nueva orden, abonen a la Asociación Andaluza de Hemofilia, con cargo a mi cuenta, previa presentación de recibos a mi nombre la cantidad de..... (En número)..... (En letra).

En la cuenta corriente a nombre de la Asociación Andaluza de Hemofilia de la entidad correspondiente.

Atentamente,

Firma del titular.....

(Nombre y apellidos del titular)

D..... D.N.I.....

IBAN:

BIC: