



Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Peso _____
 Diagnóstico: ___ Hemofilia A ___ Hemofilia B ___ Von Willebrand ___ Otro

Fecha _____ Hora que empezó el sangrado _____
 Fecha _____ Hora de Infusión _____
 Razón de Infusión:
 ___ Sitio de sangrado:(izquierda) _____
 (Derecha) _____
 ___ Profilaxis _____
 ___ Antes de Cirugía _____
 ___ Después de Cirugía _____
 ___ Otro: _____

Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____	Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____
Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____	Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____

Escala de Dolor: _____ Nombre y Cantidad de medicamento tomado para el dolor _____
 ☺ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹ _____ Días _____ o Horas _____ ausente de escuela/trabajo

Fecha _____ Hora que empezó el sangrado _____
 Fecha _____ Hora de Infusión _____
 Razón de Infusión:
 ___ Sitio de sangrado:(izquierda) _____
 (Derecha) _____
 ___ Profilaxis _____
 ___ Antes de Cirugía _____
 ___ Después de Cirugía _____
 ___ Otro: _____

Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____	Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____
Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____	Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____

Escala de Dolor: _____ Nombre y Cantidad de medicamento tomado para el dolor _____
 ☺ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹ _____ Días _____ o Horas _____ ausente de escuela/trabajo

Fecha _____ Hora que empezó el sangrado _____
 Fecha _____ Hora de Infusión _____
 Razon de Infusion:
 ___ Sitio de sangrado:(izquierda) _____
 (derecha) _____
 ___ Profilaxis _____
 ___ Antes de Cirugia _____
 ___ Despues de Cirugia _____
 ___ Otro: _____

Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____	Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____
Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____	Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____

Escala de Dolor: _____ Nombre y Cantidad de medicamento tomado para el dolor _____
 ☺ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹ _____ Días _____ o Horas _____ ausente de escuela/trabajo

Fecha _____ Hora que empezó el sangrado _____
 Fecha _____ Hora de Infusión _____
 Razon de Infusion:
 ___ Sitio de sangrado:(izquierda) _____
 (derecha) _____
 ___ Profilaxis _____
 ___ Antes de Cirugia _____
 ___ Despues de Cirugia _____
 ___ Otro: _____

Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____	Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____
Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____	Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____

Escala de Dolor: _____ Nombre y Cantidad de medicamento tomado para el dolor _____
 ☺ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹ _____ Días _____ o Horas _____ ausente de escuela/trabajo

Fecha _____ Hora que empezo el sangrado _____
Fecha _____ Hora de Infusion _____
Razon de Infusion:
____ Sitio de sangrado:(izquierda) _____
(derecha) _____
____ Profilaxis _____
____ Antes de Cirugia _____
____ Despues de Cirugia _____
____ Otro: _____

Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____	Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____
Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____	Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____

Escala de Dolor: _____ Nombre y Cantidad de medicamento tomado para el dolor _____
☺ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹ _____ Dias _____ o Horas _____ ausente de escuela/trabajo

Fecha _____ Hora que empezo el sangrado _____
Fecha _____ Hora de Infusion _____
Razon de Infusion:
____ Sitio de sangrado:(izquierda) _____
(derecha) _____
____ Profilaxis _____
____ Antes de Cirugia _____
____ Despues de Cirugia _____
____ Otro: _____

Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____	Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____
Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____	Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____

Escala de Dolor: _____ Nombre y Cantidad de medicamento tomado para el dolor _____
☺ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹ _____ Dias _____ o Horas _____ ausente de escuela/trabajo

Fecha _____ Hora que empezo el sangrado _____
Fecha _____ Hora de Infusion _____
Razon de Infusion:
____ Sitio de sangrado:(izquierda) _____
(derecha) _____
____ Profilaxis _____
____ Antes de Cirugia _____
____ Despues de Cirugia _____
____ Otro: _____

Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____	Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____
Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____	Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____

Escala de Dolor: _____ Nombre y Cantidad de medicamento tomado para el dolor _____
☺ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹ _____ Dias _____ o Horas _____ ausente de escuela/trabajo

Fecha _____ Hora que empezo el sangrado _____
Fecha _____ Hora de Infusion _____
Razon de Infusion:
____ Sitio de sangrado:(izquierda) _____
(derecha) _____
____ Profilaxis _____
____ Antes de Cirugia _____
____ Despues de Cirugia _____
____ Otro: _____

Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____	Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____
Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____	Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____

Escala de Dolor: _____ Nombre y Cantidad de medicamento tomado para el dolor _____
☺ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹ _____ Dias _____ o Horas _____ ausente de escuela/trabajo

Fecha _____ Hora que empezo el sangrado _____
Fecha _____ Hora de Infusion _____
Razon de Infusion:
____ Sitio de sangrado:(izquierda) _____
(derecha) _____
____ Profilaxis _____
____ Antes de Cirugia _____
____ Despues de Cirugia _____
____ Otro: _____

Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____	Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____
Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____	Nombre de Factor _____ Unidades _____ # de Lote _____ Fecha de Vencimiento _____

Escala de Dolor: _____ Nombre y Cantidad de medicamento tomado para el dolor _____
☺ 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ☹ _____ Dias _____ o Horas _____ ausente de escuela/trabajo
