



FORMULARIO DE REGISTRO DE AMIG@ DE LUPUS CHILE

***** LOS DATOS RECOGIDOS SERAN ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES *****

**Llena el formulario, envíalo a secretaria@agrupacionlupuschile.cl con asunto:
INSCRIPCION AMIGOS y espera tu carta de bienvenida.**

**Recuerda que al registrarte como amigo te comprometes a hacer aportes regulares
y mensuales de al menos \$1.000-**

Nombre:

R.U.N:

Nacionalidad:

Estado civil:

Actividad o profesión:

Fecha de Nac.:

Edad:

Domicilio:

Comuna:

Ciudad:

Teléfono casa:

Celular:

Correo Electrónico:

Tipo de diagnóstico

Fecha del diagnóstico:

¿Realizó el catastro en página Web?:

¿Cómo conociste a Lupus Chile?

CUENTANOS TU HISTORIA

Agrupación Lupus Chile, está interesada en saber como empezaron sus síntomas, como le diagnosticaron y cuanto tiempo tardaron los médicos en hacerlo, así como los efectos que ha tenido el tratamiento en tu vida cotidiana. Nuestra misión es alertar a la población sobre los síntomas de la enfermedad para lograr un diagnóstico y tratamientos oportunos. La información que nos compartas servirá para elaborar materiales educativos. (Opcional).