Fecha de nacimiento	
Género	
Peso (kgs.)	
Deficiencia de coagulación	
Severidad	
Fecha último análisis de inhibidores	
Titulo de inhibidores	
Unidad médica	
Delegacion	

Fecha de infusión	Modalidad		Sitio de la hemorragia	Clave	Dosis total UI o mg	Lugar de infusión		
	Profiláctico	**A demanda**				**Extra hospitalario**	**Intra hospitalario**	**Servicio que infundió**