



**NO HACE FALTA QUE CONTESTE A ESTAS PREGUNTAS. Si usted se encuentra en alguna de las siguientes situaciones, no debe donar sangre.** Puede consultar a un profesional o abandonar la sala si lo desea.

¿Es portador/a del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o virus del SIDA, o cree que podría serlo?

¿Es portador/a del virus de la Hepatitis B o Hepatitis C o cree que podría serlo?

¿Se ha inyectado o se inyecta drogas (cocaína, heroína, hormonas para aumentar la musculatura u otras)?

¿Ha aceptado dinero, drogas o algún otro tipo de pago a cambio de relaciones sexuales?

¿En los últimos 12 meses, ha estado detenido por más de 72 horas en instituciones carcelarias o policiales?

¿En los últimos 12 meses, mantuvo relaciones sexuales de riesgo, entendiendo como tales aquellas con:

- Alguna persona residente u originaria de zonas del mundo donde el virus del SIDA está muy extendido (Africa subsahariana o Tailandia).
- Personas que desconocen su situación ante el virus VIH, Hepatitis B ó C u otras enfermedades transmisibles por sangre, o que tienen pruebas positivas de las mismas.
- Personas usuarias de drogas inyectables ilegales.
- Pacientes que se dializan o reciben transfusiones frecuentemente.

**Condiciones básicas para la donación de sangre:**

**SI NO**

¿Es mayor de 18 años y pesa más de 50 kg?

¿Tiene buena salud?

Si es mujer, ¿está embarazada o lo estuvo en las últimas 8 semanas?

Lugar y fecha de la última donación: .....

**Donaciones anteriores:**

**SI NO**

¿Fue rechazado alguna vez?

¿Tuvo alguna reacción post-donación?

**DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL DONANTE:**

No me encuentro en ninguna de las situaciones que excluyen de la donación de sangre y he tenido la oportunidad de pedir información y de autoexcluirme. He recibido información sobre el destino de mi donación de sangre y sobre los efectos secundarios que puedo presentar en relación con la donación de sangre. No he recibido dinero u otra compensación para donar sangre. Declaro que contesté sinceramente todas las preguntas. Consiento expresamente que se me efectúen las pruebas necesarias para detectar enfermedad transmisible por sangre, incluida la prueba para detectar el virus VIH/SIDA. Dejo constancia de haberseme asegurado debida confidencialidad de los resultados de los estudios, autorizando se me cite para ser informado personalmente por los médicos en caso de alguna anomalía.

DONANTE APTO: SI  NO

MOTIVO:..... TIEMPO:.....

<p><b>Apellido y Nombre del Donante:</b></p> <p>Firma: _____</p>	<p><b>Apellido y Nombre del responsable de la entrevista:</b></p> <p>Firma: _____</p>
--	---

**⊘ NO COMPLETE LOS ESPACIOS SIGUIENTES ▼ Exclusivo para personal de la Fundación**

<b>FECHA DE EXTRACCIÓN:</b>			<b>Código Colecta:</b>		<b>Tipo de Donación:</b>
<b>PESO:</b>	<b>T.A.:</b>	<b>Hb:</b>	<b>Hto:</b>	<b>Temperatura:</b>	<b>FC:</b>
<b>Tipo de Bolsa:</b>		<b>Marca:</b>	<b>Lote:</b>	<b>Nº chicote:</b>	<b>Vto:</b>
<b>Brazo:</b> Izq. <input type="checkbox"/> Der. <input type="checkbox"/>					
Reacción Adversa: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TIPO: .....					
RESOLUCIÓN Y MEDIDAS ADOPTADAS: .....					
APELLIDO, NOMBRE Y FIRMA DEL TÉCNICO ENCARGADO DE EXTRACCIÓN:					

**MARQUE CON UNA CRUZ LA RESPUESTA CORRECTA**

	SI	NO		SI	NO
<b>1. COMPRENSIÓN DE LA INFORMACIÓN AL DONANTE:</b>			f. ¿Convive o ha convivido, mantiene o ha mantenido contacto con alguien que padeciera hepatitis, ictericia (piel amarilla) o fuera portador del virus de la Hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. ¿El Banco de Sangre le ha proporcionado información escrita y comprensible sobre la Donación de Sangre? (En caso de dudas, pregunte lo que considere necesario a los profesionales que lo atenderán).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>8. EN ALGUNA OCASIÓN, EN EL TRANCURSO DE SU VIDA:</b>		
<b>2. PRECAUCIÓN EN LAS PRÓXIMAS 12 HORAS:</b>			a. ¿Ha padecido alguna enfermedad grave que haya exigido control médico periódico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. ¿Debe realizar alguna actividad deportiva o laboral de riesgo (trabajo en altura, escalada), o conducir un vehículo de transporte público?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b. ¿Ha padecido Hepatitis, se ha puesto amarillo, o ha tenido problemas de hígado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. MEDICACIÓN:</b>			c. ¿Ha sufrido alguna enfermedad del riñón, cerebro, pulmón, tiroides, aparato digestivo o en otras localizaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. ¿Está tomando o ha tomado en los últimos días algún medicamento, incluso homeopático?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d. ¿Ha padecido alguna enfermedad del corazón o problemas de presión sanguínea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Ha tomado alguna vez Eterinato o alguna medicación para problemas de la piel? Psoriasis, acné, otra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e. ¿Ha sufrido episodios repetidos de crisis epilépticas, convulsiones o síncope?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Está tomando medicación para la próstata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f. ¿Padece diabetes tratada con Insulina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Ha tomado aspirina en los últimos tres días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	g. ¿Ha padecido algún tipo de cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS:</b>			h. ¿Ha padecido alguna reacción alérgica? ¿Está o ha estado bajo tratamiento para la alergia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. ¿Ha presentado fiebre, malestar general acompañado de dolor de cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	i. ¿Ha padecido o padece alguna enfermedad inmunitaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Ha tenido diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	j. ¿Ha padecido alguna enfermedad de la sangre? Ejemplo: hemorragias, anemia, exceso de glóbulos rojos, leucemia, púrpura, otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Fue atendido por un dentista para limpieza, extracciones dentarias, arreglos de caries, cirugía o tratamiento de conducto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	k. ¿Ha recibido hormona de origen humano (antes de 1987)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. EN EL ÚLTIMO MES:</b>			l. ¿Ha recibido transplante de tejido procedente de otra persona? Transplante de membranas cerebrales, corneas, otro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. ¿Ha recibido alguna vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m. Usted o algún familiar, ¿Sufre o ha sufrido la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (vaca loca) o alguna variante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Ha estado en contacto con alguna persona que padeciera una enfermedad infectocontagiosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n. ¿Tuvo usted Paludismo en los últimos 3 años o estuvo en el último año en países donde exista la enfermedad? Zonas endémicas de nuestro país, Paraguay, Bolivia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES:</b>			ñ. ¿Ha tenido enfermedad de Chagas o análisis positivo para la misma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. ¿Ha asistido a la consulta de algún médico o ha estado hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>9. ESTANCIAS EN EL EXTRANJERO:</b>		
b. ¿Ha sido sometido a algún tipo de endoscopia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a. ¿Ha residido en un país extranjero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES:</b>			b. ¿Ha vivido durante más de 1 año (sumados todos los períodos de permanencia) en Reino Unido (Inglaterra, Gales, Escocia, Irlanda del Norte, Islas del Canal, Isla de Man) entre 1980 y 1996?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica y/o recibido sangre u otro componente sanguíneo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b. ¿Ha recibido Gammaglobulina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c. ¿Ha recibido vacuna para la Rabia u otra de tipo experimental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
d. ¿Se ha realizado tatuajes, piercing o acupuntura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
e. Ha estado en contacto con la sangre de otra persona por pinchazo accidental o salpicaduras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**OBSERVACIONES:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....