

MARQUE CON UNA CRUZ LA RESPUESTA CORRECTA

	SI	NO		SI	NO
1. COMPRENSIÓN DE LA INFORMACIÓN AL DONANTE:			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"/>	8. EN ALGUNA OCASIÓN, EN EL TRANCURSO DE SU VIDA:		
2. PRECAUCIÓN EN LAS PRÓXIMAS 12 HORAS:			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"/>
3. MEDICACIÓN:			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"/>
4. EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS:			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"/>
5. EN EL ÚLTIMO MES:			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"/>
6. EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES:			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"/>	9. ESTANCIAS EN EL EXTRANJERO:		
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"/>
7. EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES:			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: _____
