

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:

.....

.....

.....

.....

.....

.....