



Apellido y Nombre: ..... DNI Nº.....  
 Fecha de nacimiento: ...../...../..... Lugar de Nacimiento: ..... Estado Civil: .....  
 Domicilio Calle: ..... Nº ..... Dpto: ..... Piso: .....  
 Barrio: ..... Ciudad: ..... Código Postal: .....  
 Provincia: ..... Tel. Fijo: ..... Tel. Celular: .....  
 Correo Electrónico: ..... Profesión y/o actividad laboral: .....

**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 (África 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.
  - Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
  - Mujeres parejas sexuales de hombres, que tienen relaciones sexuales con hombres.
  - Pacientes que se dializan o reciben transfusiones frecuentemente.

Condiciones básicas para la donación de sangre:	SI	NO	Donaciones anteriores:	SI	NO
¿Es mayor de 18 años y pesa más de 50 kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Fue rechazado alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene buena salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tuvo alguna reacción post-donación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es mujer, ¿está embarazada o lo estuvo en las últimas 8 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Lugar y fecha de la última 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: .....

Apellido y Nombre del Donante:	Apellido y Nombre del responsable de la entrevista:
Firma:	Firma:

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

FECHA DE EXTRACCIÓN:				Código Colecta:		Tipo de Donación:	
PESO:	T.A.:	Hb:	Hto:	Temperatura:	FC:		
Tipo de Bolsa:		Marca:	Lote:	Nº chicote:	Vto:		
Brazo: 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:							