

**ENTREVISTA PERSONAL**

		<b>Número de Donación</b>	
Nombre:	Fecha de Extracción:		
Apellido:	Código Colecta:	Tipo de donación:	
Fecha de Nacimiento:	D.N.I.:	Peso:	Hb: TA:
Dirección:	Pulso: Tipo de bolsa:		
Código Postal:	Marca:		
Ciudad:	Reacciones post-extracciones:	Si	No
Teléfono:	Tipo:		
Celular:	Firma del Técnico		
Correo Electrónico:			

<b>Estaría interesado en recibir información sobre las campañas de colectas externas:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Porque medio:		
Correo Electrónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTOS 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 Infecciones Transmisibles por Transfusión y que los datos de esta donación se incorporen al Registro de Donantes de Sangre (REDOS). 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.

<b>Nombre y Apellido del Donante</b>	<b>Nombre y Apellido de la persona responsable de la entrevista</b>
<i>FIRMA</i>	<i>FIRMA</i>

## CUESTIONARIO PERSONAL

<b>Comprensión de la información al donante</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>En alguna ocasión, en el transcurso de su vida</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿Se le ha proporcionado información escrita para su autoexclusión pre-donación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha padecido alguna enfermedad grave que exigió control médico periódico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha comprendido las situaciones descritas en el formulario de autoexclusión? (en caso de dudas, pregunte a los profesionales que le atenderán)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha padecido hepatitis, ictericia o problemas de hígado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Precaución en las próximas 12 horas</b>			¿Ha sufrido alguna enfermedad grave de pulmón, cerebro, riñón, tiroides, aparato digestivo o en otras localizaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Debe realizar alguna actividad laboral o deportiva de riesgo (trabajo en altura, escalada, etc) o conducir un vehículo de transporte público?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha padecido problemas de corazón o de la presión sanguínea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Medicación</b>			¿Padece diabetes tratada con insulina de origen animal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está tomando o ha tomado en los últimos días algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha padecido algún tipo de cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tomado alguna vez Etreinato o alguna otra droga para psoriasis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tenido hemorragias o alguna afección de la sangre como anemia o leucemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Está tomando medicación para la próstata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Se inyecta o se inyecta drogas intravenosas ilegales o aspiro cocaína regularmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tomó aspirina o analgésicos en los últimos 3 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha recibido hormona de crecimiento de origen humano (antes de 1987)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>En las últimas 2 semanas</b>			¿Ha recibido tejido procedente de otra persona (duramadre, córnea, otros...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha presentado fiebre, acompañada de dolor de cabeza y malestar general?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Usted o algún familiar ¿sufre o ha sufrido la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha visitado al dentista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tuvo paludismo en los últimos 3 años o estuvo en el último año en áreas endémicas de la enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>En el último mes</b>			¿Le han dicho que tiene análisis positivos para VIH-SIDA, Hepatitis B o C, virus HTLV I-II, Chagas, brucelosis o sífilis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha recibido alguna vacuna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Estancias en el extranjero</b>		
¿Ha estado en contacto con alguna persona que padeciera una enfermedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha estado durante más de un año (sumado los periodos de permanencia) en el Reino Unido entre 1980 y 1996?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>En los últimos 6 meses</b>			¿Ha residido en algún otro país extranjero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha asistido a la consulta de algún médico o ha estado hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Ha sido sometido a algún tipo de cirugía y/o endoscopia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<b>En los últimos 12 meses</b>					
¿Se realizó tatuajes colocación de piercing o acupuntura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Tuvo algunas de las relaciones y/o prácticas sexuales "de riesgo incrementado" descritas en el formulario de autoexclusión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Estuvo en contacto con sangre o fluidos corporales a través de piel o mucosas lesionadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Recibió sangre, componentes o algún trasplante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Convive o ha convivido, con alguien que padeciera hepatitis o ictericia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			