

Cuestionario personal

	SI	NO
- ¿Ha leído los folletos informativos que le hemos dado y los ha entendido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Tiene más de 18 años y pesa más de 50 Kg ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Se encuentra bien de salud en la actualidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Es hijo/a de madre extranjera ? ¿De qué País?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha sido rechazado como donante en alguna ocasión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha donado en otro lugar en los últimos meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Está actualmente en lista de espera para una consulta o exploración médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- En los últimos días ¿Ha tomado o está tomando algún medicamento ¿Cuál?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En alguna ocasión, a lo largo de su vida

	SI	NO
- ¿Ha tenido alguna Enfermedad Grave en: Cerebro, Hígado, Huesos, Pulmón, Riñón, Tiroides, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha tenido problemas de Corazón o de Tensión Arterial ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha sufrido episodios repetidos de crisis epilépticas , convulsiones o síncope?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha tenido algún tipo de cáncer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha padecido diabetes tratada con insulina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha sufrido una enfermedad en la piel o reacción alérgica grave ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha tenido algún problema hemorrágico , anemia u otra enfermedad de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha recibido alguna transfusión de sangre o de factores de la coagulación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha pasado alguna enfermedad infecciosa grave : Hepatitis, Paludismo (malaria), Enf de Chagas, Brucelosis, Leishmaniasis, Mononucleosis infecciosa, Tuberculosis, etc...?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Alguno de sus familiares ha padecido Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vacas locas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha vivido más de un año acumulativo en el Reino Unido entre 1980 y 1996?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha recibido hormona de crecimiento de origen humano (antes de 1987)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha recibido un injerto de tejido humano (duramadre, córnea, etc.) o un xenotrasplante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha tomado Etretinato (Tigasón®) por problemas de piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha residido o realizado algún viaje al Extranjero ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿a qué país? ¿Cuándo?		

En las próximas 12 horas

	SI	NO
- ¿Va a realizar alguna actividad deportiva? o ¿laboral de riesgo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Tiene que conducir algún vehículo de transporte público ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En la última semana

	SI	NO
- ¿Ha estado en el dentista en la última semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En el último mes

	SI	NO
- ¿Ha recibido alguna VACUNA, INMUNOGLOBULINA o ANTISUEROS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha estado con alguna persona con una enfermedad infecciosa : mononucleosis, tuberculosis, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha acudido al MÉDICO o ha pasado alguna enfermedad: CATARRO, FIEBRE, GRIPE , etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En los últimos 4 meses

	SI	NO
- ¿Le han realizado alguna INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA o EXPLORACIÓN MÉDICA : gastroscopia, colonoscopia, cateterismo, artroscopia, etc. ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Se ha hecho TATUAJES, PIERCINGS, ACUPUNTURA o sufrido un PINCHAZO ACCIDENTAL ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha padecido alguna enfermedad de transmisión sexual , sífilis, gonorrea, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha CONVIVIDO con alguien que sea portador del virus de HEPATITIS o del VIH-SIDA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha mantenido RELACIÓN SEXUAL con pareja distinta de la habitual, con riesgo de contagio de enfermedades infecciosas, SIN tomar las medidas de protección adecuadas (preservativo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En los últimos 3 años ¿Ha tomado alguna medicación para:

	SI	NO
ACNÉ, ARTRITIS, CALVICIE, ENDOMETRIOSIS, HIPERTIROIDISMO, INFERTILIDAD, PREVENCIÓN de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- CANCER de MAMA, PRÓSTATA, PSORIASIS? Tales como: Acitretina, Antitiroideos, Clomifeno, Cloroquina, Danazol, Dutasteride, Finasterida, Isotretinoína, Metotrexato, Tamoxifeno, Yodo radiactivo, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si es mujer

- ¿Cuántos embarazos , incluyendo abortos , ha tenido en total? <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ¿Ha tenido embarazo o aborto en los últimos 6 meses? o ¿Está con lactancia natural para su hijo/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si tras la donación, considera que su sangre no debe ser utilizada, comuníquelo a la mayor brevedad posible, llamando al tfno 848 422558 - 848 422590