

Marca tu
Respuesta

- | | SI | NO |
|--|----|----|
| 1. ¿Te sientes bien de salud? | SI | NO |
| 2. ¿Has tomado algún medicamento hoy? | SI | NO |
| 3. ¿Has sido vacunado (a) contra Toxoide Tetánico, Diftérico, ¿Influenza (en las últimas 48 horas)? | SI | NO |
| 4. ¿Trabajas? En qué: _____ | SI | NO |
| ANTERIORMENTE... | | |
| 5. ¿Has donado sangre total, plasma o plaquetas? | SI | NO |
| 6. ¿Has sido rechazado (a) como donante? | SI | NO |
| 7. ¿Has sido notificado de resultados no aceptables en alguna de las pruebas? | SI | NO |
| EN LA ÚLTIMA SEMANA... | | |
| 8. ¿Has estado resfriado (a)? | SI | NO |
| 9. ¿Has recibido tratamiento dental? | SI | NO |
| 10. ¿Has utilizado aspirina, antiagregantes plaquetarios o antiinflamatorios no esteroideos? | SI | NO |
| EN EL ÚLTIMO MES... | | |
| 11. ¿Has sido vacunado contra Fiebre Amarilla, Sarampión, Paperas, Varicela, Rubéola, ¿BCG y la vacuna oral del Polio? | SI | NO |
| EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES... | | |
| 12. ¿Has perdido peso? | SI | NO |
| 13. ¿Has padecido los siguientes síntomas: Manchas blancas en la boca, lesiones en la piel, fiebre, ¿diarrea por más de 3 semanas o sudoración nocturna? | SI | NO |
| EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES... | | |
| 14. ¿Has estado bajo cuidado médico, hospitalizado (a) o te han realizado alguna cirugía? | SI | NO |
| 15. ¿Has sufrido de alergia que requiera tratamiento? | SI | NO |
| 16. ¿Has utilizado derivado de Ácido Transretinoico? | SI | NO |
| 17. ¿Te has practicado acupuntura, maquillaje permanente, tatuajes o perforaciones cutáneas? | SI | NO |
| 18. ¿Has sufrido un pinchazo con aguja contaminada? | SI | NO |
| 19. ¿Con tu actual pareja tienes más de 6 meses de contacto sexual? | SI | NO |
| 20. ¿Has tenido contacto sexual con otra persona diferente a tu pareja actual? | SI | NO |
| 21. ¿Has estado recluso (a) en alguna institución penal o de rehabilitación? | SI | NO |
| 22. ¿Has viajado fuera del país? | SI | NO |
| 23. ¿Tu o tu pareja sexual han recibido hemocomponentes o factores de coagulación, órganos o tejidos? | SI | NO |
| EN LOS ÚLTIMOS AÑOS... | | |
| 24. ¿Has sido vacunado (a) contra la rabia? | SI | NO |
| 25. ¿Sufres o has sido tratado por cáncer (en los últimos 5 años)? | SI | NO |
| 26. ¿Has usado o usas marihuana, cocaína y/o alucinógenos, o has tenido contacto sexual con una persona que las utilice? | SI | NO |
| 27. ¿Has recibido dinero o drogas por tener contacto sexual o has mantenido contacto sexual con alguien que lo hace (en los últimos 5 años)? | SI | NO |
| EN TU COTIDIANIDAD... | | |
| 28. ¿Tienes problemas de sangrado fácil? | SI | NO |
| 29. ¿Utilizas medicamentos derivados de la Hormona de Crecimiento? | SI | NO |
| 30. ¿Eres diabético (a) o requieres tratamiento con insulina? | SI | NO |
| 31. ¿Sufres de psoriasis que requiera el uso de Etetrinato? | SI | NO |
| 32. ¿Has sufrido de asma o tos persistente o TBC? | SI | NO |
| 33. ¿Has padecido de Fiebre Reumática, dolor de pecho o enfermedades del corazón? | SI | NO |

- | | | |
|---|----|----|
| 34. ¿Has padecido de Chagas, Hepatitis o Ictericia, Brucelosis, Malaria o Dengue? | SI | NO |
| 35. ¿Has padecido de Mononucleosis Infecciosa, Toxoplasmosis? | SI | NO |
| 36. ¿Padeces de diabetes u otra enfermedad crónica? | SI | NO |
| 37. ¿Sufres de desmayo o convulsiones? | SI | NO |
| 38. ¿Has padecido o recibido tratamiento contra sífilis, gonorrea, clamidia, verrugas venéreas, herpes genital o alguna otra enfermedad venérea en el último año? | SI | NO |
| 39. ¿Has utilizado drogas intravenosas o has tenido contacto sexual con alguien que las utiliza? | SI | NO |
| 40. ¿Has tenido contacto sexual con un enfermo de Hepatitis B o C? | SI | NO |
| 41. ¿Has sido diagnosticado (a) con VIH-SIDA o has tenido contacto sexual con alguna persona diagnosticada con SIDA? | SI | NO |
| 42. ¿Entiendes que, si tuvieras el virus de VIH-SIDA, podrías transmitirlo aun cuando te sientas y te veas bien y las pruebas sean negativas? | SI | NO |
| 43. ¿Estás donando solo para efectuarte las pruebas del VIH-SIDA? | SI | NO |

SOLO HOMBRES

- | | | |
|---|----|----|
| 44. ¿Has tenido contacto sexual con otro hombre, aunque haya sido una sola vez? | SI | NO |
|---|----|----|
-

SOLO MUJERES

- | | | |
|--|----|----|
| 45. ¿Has tenido contacto sexual con un (a) trabajador (a) sexual u otra persona que acepte alguna otra forma de pago a cambio de sexo? | SI | NO |
| 46. ¿Estás embarazada o has tenido abortos en los últimos 3 meses? | SI | NO |
-

- | | | |
|--|----|----|
| 47. ¿Te gustaría estar en la lista de donantes voluntarios? | SI | NO |
| 48. ¿Quisiera y acepta que su imagen sea usada para promover la donación voluntaria? | SI | NO |
| 49. Indicó que toda la información aquí detallada es verdadera | SI | NO |

Nombre del Donante: _____ Fecha: _____

Número de cédula: _____

***Información Importante:**

1. Para llenar este cuestionario debe descargar, llenar y guardar el siguiente documento
2. Luego de guardar el documento, enviar a banco.sangre@hospitalpaitilla.com o llevar impreso el día de la donación.