

	FORMULARIO		CÓDIGO:	DNBS-FO-32
	Selección de Donante de Sangre		VERSIÓN:	2
			PÁGINA:	1 de 1
	Responsable:	Dirección Nacional de Bancos de Sangre	EMISION	Mar-15

LEYO DETENIDAMENTE LA INFORMACION QUE SE LE DIO PREVIAMENTE SOBRE LAS CONDICIONES DEL DONANTE?

SI Por favor, llenar el formulario NO Por favor, lea y luego continuar

Establecimiento de Salud: _____ Fecha: _____

DATOS PERSONALES

- Nombres y Apellidos:** _____
- Lugar de Nacimiento:** _____ **Fecha:** _____ **Edad:** _____
- Género:** Femenino Masculino **Estado Civil:** Soltero(a) Casado(a)
- Documento de Identidad:** Cédula Pasaporte Licencia Documento No. _____
- Dirección de Residencia:** Calle: _____ Número: _____
- Sector:** _____ **Provincia:** _____ **Región:** _____
- Ocupación ó Empleo:** _____ **Teléfono Fijo:** _____ **Celular:** _____
- Teléfono de Trabajo:** _____ **Correo Electrónico:** _____
- Nombre de un Familiar ó Amigo:** _____
- Tipo de Donación:** Voluntario IM EM Reposición IM EM Autólogo Remunerado

ESTIMADO DONANTE DE SANGRE

Gracias por su solidaridad. Como parte del sistema nacional de salud, tenemos la responsabilidad de velar por su seguridad como donante y también la del usuario ó paciente quien recibirá su sangre.

Pedimos su colaboración y honestidad en las respuestas, recordando que esta información es totalmente confidencial.

HISTORIA CLINICA DEL DONANTE	SI	NO		SI	NO
1. Se siente bien de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. Ha estado en prisión en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ha donado sangre anteriormente? Hace cuanto? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Ha tenido algún accidente expuesto a riesgos biológicos (pinchazos con agujas contaminadas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ha tenido alguna reacción adversa a la donación? Que tipo de reacción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. Ha sufrido de hepatitis ó ha estado en contacto directo con personas con hepatitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha sido declarado alguna vez no apto para donar sangre? Por qué? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguna vez de su vida:		
5. Ha ingerido alimentos en las ultimas 3 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Ha padecido enfermedades del corazón? Cual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Está tomando algún medicamento? Especifique? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Ha padecido de cáncer? Cual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ha tomado alcohol en las últimas 24 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. Ha padecido afecciones de los pulmones? Cual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ha tomado aspirina en las últimas 48 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. Sufre de Diabetes? (azucar en la sangre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se ha sometido a alguna extracción dental en los últimos 7 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Sufre de Hipertensión ó Hipotensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ha tenido dolor de cabeza en los últimos 7 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Ha tenido mareos, desmayos, convulsiones ó epilepsia? Especificar _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ha tenido fiebre en los últimos 7 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Ha tenido pérdida de peso sin razón justificada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mujer: Está ó ha estado embarazada en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Ha padecido ó padece actualmente alguna enfermedad no mencionada anteriormente? Cual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ha sido vacunado en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Usa ó ha usado sustancia controlada (abuso de drogas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ha salido del país en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Le han realizado pruebas para investigación de VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Se ha sometido a intervención quirúrgica en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Entendió las preguntas realizadas y estuvo de acuerdo en contestarlas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ha recibido transfusión de algún componente sanguíneo en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17. Ha sido sometido a algún tratamiento dental en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
18. Le han hecho algún tatuaje, aplicación de pircing, maquillaje permanente u orificio en el cuerpo en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19. Ha tenido relaciones con trabajadoras (es) sexuales en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
20. Ha padecido de sífilis ó de ITS en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			



Si luego de haber hecho su donación, usted considera o recuerda que por cualquier motivo su sangre no debe ser utilizada, favor de llamarnos al Teléfono No. _____ Su unidad es la No. _____ **¡Gracias!** (Su información será tratada estrictamente confidencial).

Examen Físico:

Temperatura	Presión Arterial		Peso	Pulso
	Sistólica	Diastólica		

Examen de Laboratorio Preliminar

Hematócrito	Hemoglobina	Plaquetas

Colección de Sangre:

Tipo anticoagulante_CPDA.1 (35 días)___CPDA-adictivo (42 días)___ACD (30 días)

Volumen extraído:

Sangre Total _____ Inicio Inicio _____ Hora Final _____

Firma
Donante

Firma
Entrevistador