

Marca tu
Respuesta

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: _____ Firma: _____

***Información Importante:**

1. Para llenar este cuestionario debe descargar, llenar y guardar el siguiente documento
2. Luego de guardar el documento, enviar a citas@hospitalpaitilla.com.