

Por favor responda a estas preguntas de la manera más completa posible. La información es importante debido a que los donantes que están en riesgo por enfermedades las pueden transmitir a los pacientes que reciben sus células. El donante potencial debe completar este cuestionario. Nadie más puede completarlo en nombre del donante.

Nombre \_\_\_\_\_ Número de Registro Médico (MRN) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Domicilio \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

(Por favor incluya el código de área con todos los números telefónicos y coloque una estrella a la par del mejor número para contactarlo.)

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Ocupación (opcional) \_\_\_\_\_

Estatura \_\_\_\_\_  ft/in  m/cm Peso \_\_\_\_\_  lbs  kg Sexo  M  F

### Instrucciones

- Responda a cada pregunta lo mejor que pueda.
- Marque sus respuestas claramente.
- Si su respuesta para la pregunta 1 es No, por favor explique. Para todas las demás preguntas, explique cualquier respuesta de Sí en el espacio proporcionado.
- Sus respuestas a todas las preguntas son confidenciales. Compartimos esta información solamente si es requerido por razones médicas. Mediante la firma de este documento usted da consentimiento escrito para compartirla. Esto lo protege a usted y al paciente quien podría recibir sus células madre.
- Si tiene preguntas, por favor discútalas con el equipo de Trasplante de Sangre y Medula Ósea.

### Sección 1: Evaluación General y Seguridad del Donante

1. ¿Está bien de salud? _____ _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene ahora una infección, o está tomando actualmente antibióticos? _____ _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. ¿Está tomando actualmente cualquier otro medicamento, incluyendo medicamentos de venta libre, vitaminas, productos herbales o medicamentos experimentales? Por favor detállelos e indique la razón por la cual los está tomando. _____ _____ _____ _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

*continúa en la página 2*

<p>4. En los últimos 12 meses, ¿ha necesitado tratamiento en una sala de emergencias, ha sido hospitalizado o ha tenido cirugía?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>5. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido una transfusión de sangre o un trasplante de tejido, incluyendo córneas o huesos? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>6. ¿Ha recibido alguna vez una transfusión de sangre de otra fuente aparte de su propia sangre?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>Las preguntas 7 -10 son para donantes femeninas únicamente. Si usted es hombre, por favor pase a la pregunta 11.</p>	
<p>7. ¿Existe alguna posibilidad de que usted pueda quedar embarazada en los próximos seis meses?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>8. ¿Ha estado embarazada alguna vez? Si la respuesta es No, por favor pase a la pregunta 11. Si la respuesta es Sí, por favor escriba el número de embarazos. _____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>9. En las últimas seis semanas, ¿ha estado embarazada o está ahora embarazada?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>10. ¿Ha tenido problemas de salud asociados con o causados por un embarazo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>11. ¿Ha recibido alguna vez o donado un órgano, médula ósea o células madre?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>12. ¿Ha tenido alguna vez problemas con anestesia general o regional? (La anestesia general significa que usted estuvo completamente inconsciente. La anestesia regional significa que usted estuvo consciente, pero las respuestas al dolor en parte de su cuerpo fueron bloqueadas).</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>13. ¿Han tenido cualquiera de sus parientes sanguíneos problemas con anestesia? Si la respuesta es Sí, por favor detállelos.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>

<p>14. ¿Tiene usted alergias a alimentos, medicamentos, látex o alérgenos ambientales tales como el polen? Si la respuesta es Sí, por favor detállelos.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>15. ¿Ha tenido alguna vez problemas con el cuello, espalda, cadera o columna? Si la respuesta es Sí, por favor describa su estado actual, tratamientos y cualquier cirugía relacionada.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>16. ¿Ha tenido alguna vez problemas de respiración, incluyendo asma, apnea del sueño o dificultad para respirar?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>17. ¿Ha tenido alguna vez un derrame, ataque al corazón, dolores de pecho relacionados con el corazón o cirugía de corazón?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>18. ¿Ha tenido alguna vez cáncer, incluyendo leucemia?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>19. ¿Ha tenido alguna vez una enfermedad parasitaria de la sangre, tal como leishmaniasis o babesiosis?</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>20. En las últimas cuatro semanas, ¿ha recibido vacunas (excepto viruela) o cualquier tipo de inyección?</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>21. ¿Está planeando recibir alguna vacuna (incluyendo viruela) o inyección?</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>22. ¿Ha tenido malaria en los últimos tres años?</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>23. En los últimos cinco años, ¿ha vivido fuera de los Estados Unidos o Canadá por 12 meses o más? Si la respuesta es Sí, por favor detalle aquí dónde, cuándo y por cuánto tiempo. Incluya fechas (mes/año), ciudades, países y medios de transporte utilizados (por ejemplo auto o avión) mientras estuvo en esos países. Anote si tomó medicamentos contra la malaria. Anote si alguna vez se enfermó mientras estuvo allí o después de su regreso a los Estados Unidos. Si ese fue el caso, ¿cuáles fueron sus síntomas?, ¿buscó ayuda médica?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>

<p>24. En los últimos 12 meses, ¿ha viajado fuera de los Estados Unidos o Canadá por menos de 12 meses? Por favor detalle dónde, cuándo y por cuánto tiempo. Incluya fechas (mes/año), ciudades, países y medios de transporte utilizados (por ejemplo auto o avión) mientras estuvo en esos países. Anote si tomó medicamentos contra la malaria. Anote si alguna vez se enfermó mientras estuvo allí o después de su regreso a los Estados Unidos. Si ese fue el caso, ¿cuáles fueron sus síntomas?, ¿buscó ayuda médica?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>25. ¿Hay alguna información de salud pasada o presente que usted piense que deberíamos conocer? Ejemplos incluyen pasadas cirugías o condiciones médicas graves, tales como lesiones en la cabeza o cerebro, diabetes, fibromialgia, coágulos de sangre; o una enfermedad autoinmune, tal como esclerosis múltiple, iritis, episcleritis o lupus.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>

Section 2: Communicable Disease Assessment

<p>26. En los últimos cuatro meses, ¿ha tenido una prueba positiva por el virus del Nilo Occidental?</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>27. ¿Ha sido informado por un profesional de la salud que usted ha tenido o podría tener el virus del Nilo Occidental? Si la respuesta es Sí, ¿cuándo fue informado de esto? _____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>28. En las últimas ocho semanas, ¿ha recibido una vacuna contra la viruela? Si la respuesta es Sí, por favor responda las preguntas 28A - 28C.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>28A. ¿Cuándo recibió la vacuna? _____</p>	
<p>28B. ¿Se ha desprendido de su piel la costra de la vacuna por sí misma?</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>28C. ¿Ha tenido alguna enfermedad o complicación debido a la vacuna, tal como infección en los ojos o alguna irritación, una reacción alérgica o úlceras lejos del lugar de la vacuna? _____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>29. ¿Ha tenido contacto cercano con cualquier persona que haya recibido una vacuna contra la viruela en los últimos tres meses? Si la respuesta es Sí, por favor responda las preguntas 29A -29C. Si la respuesta es No, pase a la pregunta 30.</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>29A. ¿Cuándo recibió la vacuna esa persona? _____</p>	
<p>29B. ¿Cuándo se dio el contacto cercano? _____</p>	
<p>29C. ¿Ha tenido usted alguna nueva irritación en la piel, úlceras o infección de ojos desde el momento del contacto? _____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>30. ¿Ha sido diagnosticado con la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) o alguna de sus variantes? _____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>

<p>31. ¿Ha sido diagnosticado alguno de sus parientes sanguíneos con la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, o ha sido usted informado que su familia tiene un mayor riesgo de contraer esta enfermedad?</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>32. ¿Tiene usted una enfermedad neurológica degenerativa, tal como demencia o cualquier otra enfermedad del sistema nervioso central cuya causa es desconocida? _____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>33. ¿Ha tenido alguna vez un trasplante de duramadre (o revestimiento cerebral) debido a una lesión de cabeza o cerebro?</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>34. ¿Ha recibido alguna vez hormonas de crecimiento hechas de glándulas pituitarias humanas?</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>35. ¿Ha tenido alguna vez la enfermedad de Chagas o ha dado positivo en pruebas por Chagas o <i>T. cruzi</i>, incluyendo pruebas de detección?</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>36. ¿Tiene VIH o SIDA, o ha tenido un resultado positivo en una prueba por el virus, incluyendo pruebas de detección?</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>¿Tiene alguna de las siguientes afecciones? Por favor marque todas las que apliquen.</p> <p><input type="checkbox"/> pérdida <i>inexplicable</i> de peso, sudoración nocturna o diarrea persistente</p> <p><input type="checkbox"/> tos persistente e <i>inexplicable</i> o falta de aliento</p> <p><input type="checkbox"/> manchas blancas persistentes e <i>inexplicables</i> o úlceras anormales en la boca</p> <p><input type="checkbox"/> temperatura <i>inexplicablemente</i> mayor que 100.5°F (38.0°C) por más de 10 días</p> <p><input type="checkbox"/> manchas azules o moradas en o bajo la piel o membranas mucosas</p> <p><input type="checkbox"/> protuberancias en el cuello, axilas o ingle con duración superior a un mes</p>	
<p>37. ¿Ha tenido alguna vez un problema de sangrado, tal como hemofilia u otro factor de deficiencia de la coagulación, o ha recibido alguna vez factores de coagulación concentrados de origen humano?</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>38. ¿Ha dado alguna vez positivo en una prueba por el virus linfotrópico humano de células T (HTLV), incluyendo pruebas de detección?</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>39. Desde la edad de 11 años, ¿ha tenido alguna vez un resultado positivo de hepatitis, incluyendo pruebas de detección, o ha tenido alguna vez ictericia, enfermedad hepática o hepatitis?</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>40. ¿Ha tenido alguna vez un resultado positivo en una prueba de sífilis, incluyendo pruebas de detección, o ha recibido alguna vez tratamiento por sífilis?</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>41. ¿Ha tenido usted, o alguna de sus parejas sexuales o cualquier miembro de su núcleo familiar, un xenotrasplante o un procedimiento médico que involucre exposición a células vivas, tejidos u órganos de algún animal?</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>

<p>42. ¿Se ha hecho un tatuaje en los últimos 12 meses? Proporcione la fecha de la aplicación del tatuaje y diga si ha tenido alguna señal de infección. Indique si se realizó en un establecimiento autorizado.</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>43. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido una perforación (“piercing”) en orejas, piel o cuerpo utilizando instrumentos o agujas compartidas?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>44. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido un pinchazo de aguja accidental o ha entrado en contacto con la sangre de alguien más mediante una herida abierta, piel no intacta (por ejemplo, una cortada o úlcera), o membrana mucosa (por ejemplo, en sus ojos o boca)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>45. En los últimos 12 meses, ¿ha vivido o ha tenido contacto sexual con alguien que tenga ictericia o hepatitis, o ha recibido inmunoglobulina de la hepatitis B (HBIG)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>46. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido sexo, incluso una vez, con alguien que ha usado, en los últimos cinco años, una aguja para consumir drogas, esteroides o cualquier otra cosa no recetada por un médico?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>47. En los últimos 12 meses, ¿ha pagado usted con dinero, drogas o con cualquier otra forma de pago por sexo, O ha tenido sexo, incluso una vez, con alguien que, en los últimos cinco años, ha recibido dinero, drogas u otra forma de pago por sexo?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>48. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido sexo, incluso una vez, con alguien que ha recibido factores de coagulación de origen humano en los últimos cinco años? _____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>49. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido sexo, incluso una vez, con alguien que tiene VIH o SIDA, o que ha tenido un resultado positivo por el virus? _____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>50. En los últimos 12 meses, ¿ha estado detenido en una cárcel, prisión, centro de detención juvenil, o celda por más de 72 horas continuas? _____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>51. DONANTES FEMENINAS ÚNICAMENTE. Si es hombre, por favor pase a la pregunta 53. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales con un hombre que ha tenido relaciones sexuales, al menos una vez, con otro hombre en los últimos cinco años? _____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>52. ÚNICAMENTE PARA DONANTES MASCULINOS. Si es mujer, por favor pase a la pregunta 54. ¿Ha tenido relaciones sexuales con otro hombre, al menos una vez, en los últimos cinco años? _____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>53. En los últimos cinco años, ¿ha recibido dinero, drogas u otro tipo de pago a cambio de sexo? _____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>
<p>54. En los últimos cinco años, ¿ha usado una aguja, incluso una vez, para consumir drogas, esteroides o cualquier otra cosa no recetada por un médico? _____</p> <p>_____</p>	<p>Sí <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/></p>

55. Desde 1977, ¿nació usted o ha vivido en África? Si la respuesta es Sí, por favor responda las preguntas 56A y 56B. Si la respuesta es No, pase a la pregunta 57.				Sí <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>				
56A. ¿Estuvo usted en Benín, Camerún, República Centroafricana, Chad, Congo, Guinea Ecuatorial, Gabón, Kenia, Níger, Nigeria, Senegal, Togo, o Zambia? Si la respuesta es Sí, por favor indique el país o países donde vivió. _____				Sí <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>				
56B. ¿Recibió una transfusión de sangre o tratamiento médico con algún producto sanguíneo mientras estuvo allí? _____				Sí <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>				
56. ¿Ha tenido relaciones sexuales con alguien, quien desde 1977 ha nacido o vivido en África? Si la respuesta es Sí, por favor responda la pregunta 57A. Si la respuesta es No, pase a la pregunta 58.				Sí <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>				
57A. ¿Nació la persona o vivió en Benín, Camerún, República Centroafricana, Chad, Congo, Guinea Ecuatorial, Gabón, Kenia, Níger, Nigeria, Senegal, Togo, o Zambia? _____				Sí <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>				
57. Desde 1980 hasta la fecha, ¿ha vivido o viajado a alguno de los países de Europa abajo listados?				Sí <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>				
Albania	Francia	Países Bajos (Holanda)	Suiza	Reino Unido: Inglaterra, Irlanda del Norte, Escocia, Gales, Isla de Man, Islas del Canal, Gibraltar, Islas Malvinas
Austria	Alemania	Noruega		
Bélgica	Grecia	Polonia		
Bosnia y Herzegovina	Hungría	Portugal		
Bulgaria	Irlanda	Rumanía		
Croacia	Italia	República Eslovaca		
República Checa	Liechtenstein	Eslovenia	Yugoslavia (República Federal)	
Dinamarca	Luxemburgo	España	Kosovo, Montenegro, Serbia	
Finlandia	Macedonia	Suecia		
Si la respuesta es Sí, por favor responda las preguntas 58A - 58C.				
58A. De 1980 a 1996, ¿pasó usted tiempo que sume un total de tres o más meses en el Reino Unido (RU)? Vea el listado de los países del RU arriba. _____				Sí <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>				
58B. Desde 1980, ¿recibió usted una transfusión de sangre o componentes de sangre en el RU o Francia? _____				Sí <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>				
58C. Desde 1980, ¿ha pasado usted tiempo que sume un total de cinco años o más en Europa, incluyendo tiempo en el RU entre 1980 y 1996? _____				Sí <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>				
58. Desde 1980 hasta 1996, ¿fue usted miembro de las fuerzas armadas de los Estados Unidos o dependiente de algún miembro, o empleado militar civil o dependiente de uno? Si la respuesta es Sí, por favor responda las preguntas 59A y 59B. Si la respuesta es No, pase a la Sección 4. _____				Sí <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>				
59A. ¿Pasó usted un total de seis meses o más entre 1980 y 1990 en una base militar en Bélgica, los Países Bajos o Alemania? _____				Sí <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>				
59B. ¿Pasó usted un total de seis meses o más entre 1980 y 1990 en una base militar en España, Portugal, Turquía, Italia o Grecia? _____				Sí <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>				
59. En los últimos 6 meses, ¿ha viajado o vivido en un área de riesgo del virus del Zika? Para el listado actualizado de las áreas de riesgo, por favor revise el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC): <a href="http://www.cdc.gov/zika/geo/active-countries">www.cdc.gov/zika/geo/active-countries</a> . Si la respuesta es Sí, por favor indique áreas y fechas.. _____ _____				Sí <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>				

60. En los últimos 6 meses, ¿ha sido diagnosticado con el virus del Zika? Si la respuesta es Sí, ¿cuál fue la fecha del diagnóstico? _____	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
61. En los últimos 6 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales con una persona que:	
62A. fue diagnosticada con el virus del Zika en los 6 meses siguientes al contacto sexual?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> No lo sé, pero lo averiguaré	
62B. ha viajado o residido en un área de riesgo en los 6 meses anteriores al contacto sexual?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> No lo sé, pero lo averiguaré	

IMPORTANTE: DONANTES, POR FAVOR SALTARSE LA SECCIÓN 3.  
CONTINÚEN A LA SECCIÓN 4 PARA COMPLETAR ESTE CUESTIONARIO.

Sección 3: Evaluación del Proveedor de Prácticas Avanzadas (APP)/Médico del TMO

3A. He revisado que esta forma está completa. La información que afecta la donación fue analizada y mi evaluación ha sido documentada donde fue necesario. Si una evaluación adicional fue necesaria, notifiqué al personal apropiado.

He completado el cuestionario por medio del método siguiente:

- 3A.1 He llevado a cabo una entrevista oral con el donante (incluyendo la lectura de la Sección 4) y completado este cuestionario. *Completar la Sección 3C si se utilizó un intérprete durante la entrevista.*
- 3A.2 El donante auto-gestionó esta forma, y yo revisé la información registrada. *Completar Sección 3B (antes de la autorización del donante) si en etapa de pruebas diagnósticas.*

Firma del APP/Médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si en pruebas diagnósticas y si se ha marcado 3A.2, complete esta sección antes de la autorización del donante.

3B. He revisado y verificado las respuestas verbalmente con el donante. He abordado las preguntas que tenía el donante y aclarado la información de salud, según ha sido necesario, para llevar a cabo la evaluación.

Firma del APP/Médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

3C. He utilizado un servicio de traducción o un intérprete.

Nombre del servicio o del intérprete \_\_\_\_\_

POR FAVOR PASE A LA SIGUIENTE PÁGINA Y COMPLETE LA SECCIÓN 4 PARA TERMINAR ESTE CUESTIONARIO.



#### Sección 4: Verificación y Autorización del Donante

- He respondido con sinceridad todas las preguntas de este cuestionario.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información solicitada en este cuestionario.
- Entiendo que la información solicitada es importante. Si me encuentro en riesgo de cualquier enfermedad transmisible, mis células donadas podrían transmitir estas enfermedades al paciente que las recibe.
- Doy mi consentimiento para la divulgación de la información de mi estado de salud para que sea compartida con el receptor, si un médico del Programa de Trasplante de Sangre y Médula Ósea de Utah lo considera necesario. Asimismo, autorizo que esta información sea publicada en el Registro Médico Electrónico (EMR) del receptor. La información de salud compartida y publicada podrá limitarse a lo que sea relevante para el cuidado médico del receptor previsto, tal como marcadores de enfermedades infecciosas.
- Comprendo que toda información que me identifique permanecerá confidencial. Comprendo además, que el receptor potencial de mi donación puede ser informado de cualquier riesgo de enfermedades transmisibles.
- Comprendo que autorizar la divulgación de esta información es voluntario y que puedo rehusarme a firmar este documento.

Mediante mi firma reconozco que he leído, que entiendo y que estoy de acuerdo con lo anterior.

Firma del donante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del donante (favor usar letra de molde) \_\_\_\_\_