

CUESTIONARIO PARA DONANTES



**Marca la
respuesta**

1. ¿Te sientes bien de salud?

☐ Sí ☐ No

2. ¿Has tomado algún medicamento hoy?

☐ Sí ☐ No

3. ¿Has sido vacunado (a) contra Toxide Tetánico, Diftérico, Influenza (en las últimas 48 horas)?

☐ Sí ☐ No

4. ¿Trabajas? En qué:

☐ Sí ☐ No

Anteriormente...

5. ¿Has donado sangre total, plasma o plaquetas?

☐ Sí ☐ No

6. ¿Has sido rechazado (a) como donante?

☐ Sí ☐ No

7. ¿Has sido notificado de resultados no aceptables en alguna de las pruebas?

☐ Sí ☐ No

En la última semana...

8. ¿Has estado resfriado (a)?

☐ Sí ☐ No

9. ¿Has recibido tratamiento dental?

☐ Sí ☐ No

10. ¿Has utilizado aspirina, antiagregantes plaquetarios o antiinflamatorios no esteroideos?

☐ Sí ☐ No

En el último mes...

11. ¿Has sido vacunado contra Fiebre Amarilla, Sarampión, Paperas, Varicela, Rubéola, BCG y la vacuna oral del Polio?

☐ Sí ☐ No

En los últimos 3 meses...

12. ¿Has perdido peso?

☐ Sí ☐ 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?

☐ Sí ☐ No

En los últimos 6 meses...

14. ¿Has estado bajo cuidado médico, hospitalizado (a) o te han realizado alguna cirugía?

☐ Sí ☐ No

15. ¿Has sufrido de alergia que requiera tratamiento?

☐ Sí ☐ No

16. ¿Has utilizado derivado de Ácido Transretinoico?

☐ Sí ☐ No

17. ¿Te has practicado acupuntura, maquillaje permanente, tatuajes o perforaciones cutáneas?

☐ Sí ☐ No

18. ¿Has sufrido un pinchazo con aguja contaminada?

☐ Sí ☐ No

19. ¿Con tu actual pareja tienes más de 6 meses de contacto sexual?

☐ Sí ☐ No

20. ¿Has tenido contacto sexual con otra persona diferente a tu pareja actual?

☐ Sí ☐ No

21. ¿Has estado recluso (a) en alguna institución penal o de rehabilitación?

☐ Sí ☐ No

22. ¿Has viajado fuera del país?

☐ Sí ☐ No

23. ¿Tu o tu pareja sexual han recibido hemocomponentes o factores de coagulación, órganos o tejidos?

☐ Sí ☐ No

Continúa en la siguiente página...

En los últimos años...

24. ¿Has sido vacunado (a) contra la rabia? ☐ Sí ☐ No
25. ¿Sufres o has sido tratado por cáncer (en los últimos 5 años)? ☐ Sí ☐ No
26. ¿Has usado o usas marihuana, cocaína y/o alucinógenos, o has tenido contacto sexual con una persona que las utilice? ☐ Sí ☐ 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)? ☐ Sí ☐ No

En tu cotidianidad...

28. ¿Tienes problemas de sangrado fácil? ☐ Sí ☐ No
29. ¿Utilizas medicamentos derivados de la Hormona de Crecimiento? ☐ Sí ☐ No
30. ¿Eres diabético (a) o requieres tratamiento con insulina? ☐ Sí ☐ No
31. ¿Sufres de psoriasis que requiera el uso de Etetrinato? ☐ Sí ☐ No
32. ¿Has sufrido de asma o tos persistente o TBC? ☐ Sí ☐ No
33. ¿Has padecido de Fiebre Reumática, dolor de pecho o enfermedades del corazón? ☐ Sí ☐ No
34. ¿Has padecido de Chagas, Hepatitis o Ictericia, Brucelosis, Malaria o Dengue? ☐ Sí ☐ No
35. ¿Has padecido de Mononucleosis Infecciosa, Toxoplasmosis? ☐ Sí ☐ No
36. ¿Padece de diabetes u otra enfermedad crónica? ☐ Sí ☐ No
37. ¿Sufres de desmayo o convulsiones? ☐ Sí ☐ No
38. ¿Has padecido o recibido tratamiento contra sífilis, gonorrea, clamidia, verrugas venéreas, herpes genital o alguna otra enfermedad venérea en el último año? ☐ Sí ☐ No
39. ¿Has utilizado drogas intravenosas o has tenido contacto sexual con alguien que las utiliza? ☐ Sí ☐ No
40. ¿Has tenido contacto sexual con un enfermo de Hepatitis B o C? ☐ Sí ☐ No
41. ¿Has sido diagnosticado (a) con VIH-SIDA o has tenido contacto sexual con alguna persona diagnosticada con SIDA? ☐ Sí ☐ 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? ☐ Sí ☐ No
43. ¿Estás donando solo para efectuarte las pruebas del VIH-SIDA? ☐ Sí ☐ No

SOLO HOMBRES

44. ¿Has tenido contacto sexual con otro hombre aunque haya sido una sola vez? ☐ Sí ☐ 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? ☐ Sí ☐ No
46. ¿Estás embarazada o has tenido abortos en los últimos 3 meses? ☐ Sí ☐ No
47. ¿Te gustaría estar en la lista de donantes voluntarios? ☐ Sí ☐ No
48. ¿Aceptas que tu imagen sea usada para promover la donación voluntaria? ☐ Sí ☐ No