

Marca con una X la casilla que corresponda

	SI	NO
1. ¿Ha leído y entendido el folleto informativo sobre SIDA, hepatitis y otras situaciones de riesgo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene entre 18 y 65 años? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Pesa más de 50 Kg? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha comido algo en las 2 últimas horas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Es usted portador/a del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o SIDA o cree que podría serlo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Es usted portador/a de alguno de los virus de la hepatitis (B, C) o piensa que podría serlo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Si ha dado sangre alguna vez fuera de Baleares, ¿la última fue hace menos de 2 meses? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. En ocasiones anteriores, ¿ha sufrido algún inconveniente durante o después de la donación? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Se encuentra bien de salud para poder donar sangre hoy? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Después de donar va a realizar alguna actividad laboral o deportiva de riesgo (conducir transporte público, cuerpos de seguridad ciudadana, alturas, carga física, submarinismo en las próximas 72 horas, etc.)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTUALMENTE O EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS

SI NO

11. ¿Tiene o ha tenido malestar general, fiebre, síntomas catarrales, diarreas, etc.? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Toma o ha tomado alguna medicación? ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Ha tomado aspirina o antiinflamatorios en los últimos 5 días? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Es hipertenso? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Está en estudio por su médico de cabecera o pendiente de alguna prueba médica? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Padece alguna enfermedad cardiaca, pulmonar, neurológica, renal, hematológica, tumoral, inmune, diabetes, etc.? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Se ha realizado algún tratamiento en el dentista? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Si es mujer, ¿está embarazada o ha tenido en el último año un parto, cesárea o aborto? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EN LOS ÚLTIMOS 4 MESES

SI NO

19. ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Le han transfundido sangre o componentes sanguíneos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Le han realizado alguna endoscopia o algún tratamiento con catéteres? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Ha recibido alguna vacuna en el último mes? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Se ha hecho tatuajes, "piercings", acupuntura, mesoterapia o algún otro tratamiento estético con agujas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Ha mantenido relaciones sexuales (anales, vaginales u orales) con diferentes parejas, hombres o mujeres? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Convive o ha tenido contacto doméstico directo o relaciones sexuales con personas afectadas de hepatitis B y/o C o cualquier otra enfermedad infecciosa contagiosa? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EN ALGUNA OCASIÓN A LO LARGO DE SU VIDA

SI NO

26. ¿Ha padecido alguna enfermedad venérea (sífilis, gonorrea, etc.)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Consume o ha consumido drogas inyectadas, aunque haya sido una única vez, incluido esteroides u hormonas para el aumento de la musculación? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Toma o ha tomado otras drogas por otras vías (fumar, esnifar, etc.)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ¿Ha tenido alguna enfermedad grave que haya requerido tratamiento médico y/o ingreso hospitalario? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿Ha padecido ictericia (color amarillo de la piel) o ha presentado una prueba positiva de hepatitis? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ¿Ha sufrido alguna reacción alérgica grave? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ¿Ha sufrido algún episodio de convulsiones, crisis epiléptica o mareo con pérdida de conocimiento? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. ¿Ha recibido hormona de crecimiento o un injerto de tejido proveniente de otra persona (piel, córnea, tímpano, etc.)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. ¿Alguno de sus familiares ha padecido enfermedad de Creutzfeldt-Jakob o alguna otra enfermedad neurológica transmisible? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad infecciosa como paludismo (malaria), leishmaniasis, mononucleosis infecciosa, tuberculosis, enfermedad de Chagas, etc.? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ¿Ha permanecido más de 12 meses (periodo acumulable) en el Reino Unido entre 1980 y 1996? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ¿Ha nacido o residido en algún país dónde el chagas y/o la malaria son endémicos? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ¿Ha viajado fuera de España en los últimos 12 meses? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma y código del entrevistador:

Observaciones:



Es imprescindible que rellene estos datos personales (MAYÚSCULAS).

Nombre _____ Apellidos _____ Fecha de nacimiento _____ DNI _____ País de nacimiento _____ Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Dirección _____ Código Postal _____ Población _____ Teléfono Fijo _____ Móvil _____ E-mail _____ Castellano <input type="radio"/> Catalán <input type="radio"/>	Nº donante _____ Código correspondiente a la unidad _____ Fundació Banc de Sang i Teixits Illes Balears Tel. 971 76 44 33 www.fbstib.org www.donasang.org
---	---

A TODOS LOS DONANTES Y CANDIDATOS A DONANTES

Con mi firma declaro que:

He leído y entendido el folleto informativo que me han proporcionado y he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas. He recibido información sobre el destino de mi donación y sobre las posibles complicaciones que podría presentar en relación con la donación de sangre.

Tengo conocimiento de que cada donación será sometida a los análisis preventivos establecidos por las recomendaciones y la normativa actual, y a los estudios epidemiológicos que se precisen. Asimismo, conozco que se dispone de un sistema de comprobación y notificación de los resultados analíticos anormales y de que un resultado positivo en las pruebas supondrá la obligación de la notificación, la destrucción de la donación y la consecuente exclusión como donante.

No me encuentro en ninguna de las circunstancias que excluyen de la donación y he tenido la oportunidad de retirarme o autoexcluirme. Confirmando que toda la información suministrada acerca de mis datos personales y la entrevista médica a la que he respondido es verídica y que mi acto es voluntario, responsable y altruista.

La Fundació Banc de Sang i Teixits de les Illes Balears (FBSTIB) incluirá mis datos de carácter personal en un fichero informático con la finalidad de regular adecuadamente todo el proceso según el Real Decreto 1088/2005 y de acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos (15/1999).

Doy mi consentimiento para que la FBSTIB pueda utilizar mis datos personales de contacto (teléfono, domicilio y correo electrónico) para comunicarme toda aquella información que considere de interés sobre la donación de sangre. En caso de no estar de acuerdo con este tipo de comunicaciones, o si deseo ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición según los términos normativos aplicables, podré dirigirme a la FBSTIB (C/ Rosselló i Cazador, 20, Palma) o a través del correo electrónico ejercicioderechoslopd@fbstib.org

Firma del donante