



Es imprescindible que todos los donantes rellenen estos datos personales (MAYÚSCULAS).

Nombre <input type="text"/> DNI <input type="text"/>	Nº donante <input type="text"/>
Apellidos <input type="text"/>	Código correspondiente a la unidad
Fecha de nacimiento <input type="text"/> País de nacimiento <input type="text"/>	
<i>Donantes nuevos, rellene todos los campos de los datos personales. Donantes habituales, rellene los campos si observa discrepancias con los datos de la etiqueta adjunta.</i>	
Dirección _____	Fundació Banc de Sang i Teixits Illes Balears Tel. 971 76 44 33 www.fbstib.org www.donasang.org
Codi postal _____ Población _____	
Teléfono fijo _____ Móvil _____	
E-mail _____	
Castellano <input type="radio"/> Catalán <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/>	

A TODOS LOS DONANTES Y CANDIDATOS A DONANTES

Con mi firma declaro que:

He leído y he 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, incluyendo el depósito en el Biobanco del IdISBA (Instituto de Investigación Sanitaria de las Islas Baleares), y sobre las posibles complicaciones que se podrían presentar en relación con la donación de sangre.

Estoy enterado de que cada donación se someterá a los análisis preventivos establecidos por las recomendaciones y la normativa actual y a los estudios epidemiológicos que hagan falta. Así mismo, sé que se dispone de un sistema de comprobación y notificación de los resultados analíticos anormales, la obligación de la notificación y que un resultado positivo en las pruebas supone la destrucción de la donación y la consiguiente 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 sobre mis datos personales y la entrevista médica es verídica y que mi acto es voluntario, responsable y altruista.

La Fundación Banco de Sangre y Tejidos de las Islas Baleares (FBSTIB) incluirá mis datos de carácter personal en un fichero informático con el fin de regular adecuadamente todo el proceso de la donación, 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 dirección de correo electrónico) para comunicar toda aquella información que considere de interés sobre la donación de sangre. Si no estoy de acuerdo con este tipo de comunicaciones o si quiero ejercer mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición según los términos normativos aplicables, me puedo dirigir a la FBSTIB (C/ Rosselló y Cazador, 20, Palma) o a través de la dirección de correo electrónico **ejercicioderechoslopd@fbstib.org**

Firma del donante necesaria

¿Desea que los productos de su donación, que no se puedan utilizar para el tratamiento de enfermos, se depositen de manera anonimizada en el Biobanco del Instituto de Investigación Sanitaria Illes Balears (IdISBa) para actividades de investigación biomédica o de docencia autorizadas? Marque la casilla [SI] [NO]

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. ¿Ha donado sangre fuera de Baleares 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 personas, 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: