



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
BANCO DE SANGRE
HMQ y O



FICHA DE EVALUACION DEL DONANTE

	SI	NO		SI	NO
1. ¿Se siente bien de salud hoy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. ¿Le han practicado algún procedimiento dental en la última semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha donado sangre o algún componente sanguíneo en los últimos tres meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. ¿Ha tenido fiebre, dolor de garganta, diarrea en la última semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha recibido sangre, componentes sanguíneos o trasplante en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. ¿En los últimos 12 meses ha padecido o ha sido tratado usted o su pareja por alguna enfermedad de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez ha sido rechazado para donar sangre? ¿Por qué? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. ¿Dona sangre con la intención de practicarse la prueba del VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Alguna vez ha estado encarcelado? ¿Hace cuanto tiempo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. ¿Tiene usted o su pareja sexual una prueba positiva para VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez ha tenido hepatitis, una prueba positiva de hepatitis, o ha estado en contacto con personas con esos padecimientos en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. ¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales, aunque sea una vez, con alguien que tiene VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Se ha sometido a tatuajes, perforaciones de la oreja o piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. ¿Ha tenido fiebre, inflamación de los ganglios, pérdida de peso, tos o diarrea persistente, en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿En el último año se ha sometido a injertos, endoscopia, cateterismo, acupuntura o accidente laboral con exposición a sangre o fluidos corporales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. ¿Ha tenido usted o su pareja conductas sexuales de riesgo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Ha sido sometido a alguna cirugía? ¿Qué tipo de cirugía? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. ¿Ha tenido relaciones sexuales con trabajadoras/es del sexo, en el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Ha sido vacunado recientemente? ¿Qué tipo de vacuna? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. ¿Ha tenido más de un/a compañero/a sexual, en los últimos seis meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha sido picado por la chinche picuda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. ¿Usted o su pareja sexual, usa o ha usado drogas ilegales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Padece la enfermedad de Chagas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ¿Aceptaría volver a donar sangre en otra oportunidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Ha padecido dengue, paludismo o malaria? ¿Cuántas veces? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SOLO DONANTES MUJERES		
14. ¿Ha padecido tuberculosis? ¿Recibió tratamiento completo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. FUR: ____ / ____ / ____		
15. ¿Padece de enfermedades del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. G ____ P ____ A ____ V ____ FUP: ____ / ____ / ____		
16. ¿Ha tenido cáncer, enfermedades de la sangre o problemas de sangramiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. ¿Está lactando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Ha padecido de epilepsia o convulsiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COMENTARIOS:		
18. ¿En la última semana, ha tomado aspirina o derivados de ésta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19. ¿Ha tomado o está tomando algún otro medicamento? ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
¿Para qué? _____					

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que he sido informado sobre todo el proceso de donación de sangre, así como de las razones de exclusión y que éstos no me afectan además considero que no tengo riesgos asociados para transmitir el VIH u otros agentes infecciosos transmisibles por la vía sanguínea. Afirmo que la información que he dado es verídica y que dono mi sangre en forma voluntaria y gratuita para que sea utilizada para uso terapéutico o de investigación científica.

Firma: _____ o huellas digitales _____ F. _____
Sello y firma del Entrevistador

NOTA: A los donantes con baja escolaridad se les deberá leer y explicar el consentimiento informado.