

## Perfil del Historial Medico y de Salud

El perfil del historial médico es requerido por las agencias reguladoras. Favor de completar TODAS las preguntas según su mejor conocimiento.

<b>Sección A – Información de Contacto de la Madre Biológica</b>			N° de Cedula _____	
Dr./Sra./Sra.	Primer Nombre:	Apellido(s):		
Fecha de Nacimiento:		Edad al inicio del Embarazo:		Fecha estimada del Parto:
Nacimiento Múltiple: Yes / No	Cesaría Programada: Yes / No	Inducción: Yes / No	Cliente Anterior: Yes / No	
Número actual de hijos(as) :		Ocupación:		
Estado Civil:		Nombre de soltera:		
Teléfono particular:	Teléfono celular:	Teléfono de trabajo:	Número de Fax:	
Dirección de Domicilio:				
Ciudad:		País:	Código Postal:	
PO Box:		Numero de Identificación Personal (Cedula):		
Correo Electrónico:				
De qué grupo Étnico se considera usted? Por favor circule uno:				
Caucasico/Blanco      Asiático/Islas del Pacifico      Hispano      Afro-Americano      Nativo-Americano      Otro				
<b>Información de Contacto del Padre Biológico:</b>				
Nombre legal:			Apellido (primer y segundo):	
Teléfono particular:	Teléfono celular:	Teléfono de trabajo	Número de Fax:	
Numero de Identificación Personal (Cedula):			Correo Electrónico:	
De qué grupo Étnico se considera usted? Por favor circule uno:				
Caucasico/Blanco      Asiático/Islas del Pacifico      Hispano      Afro-Americano      Nativo-Americano      Otro				

<b>Sección B – Institución Medica/ Hospital</b>			
Nombre del Obstetra/Ginecólogo:			
Teléfono de la oficina:		Número de Fax de la Oficina:	
Dirección del Obstetra/Ginecólogo:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
País:			
Nombre del Hospital Materno:			
Numero telefónico del Hospital Materno:		Número de Fax :	
Dirección complete de Maternidad:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
País:			
<b>Completar Sección C y Sección D (solamente si aplica)</b>			
<b>Sección C – Sustituto/Adopción</b>			
<b>Nota importante:</b>			
El perfil Medico e Historial de Salud debe ser completado por la <i>Madre biológica/Donante de óvulos</i> y el <i>Portador Gestacional</i> en caso sean mujeres diferentes.			
<b>Información de Madre Sustituto (Madre Gestacional)</b>			
Nombre legal:		Apellido (primer y segundo):	
Teléfono particular:	Teléfono celular:	Teléfono de trabajo	Número de Fax:
Dirección de Domicilio:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
País:		Correo Electrónico:	

<b>Sección D – Donador de Esperma</b>			
Conoce al donador?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Información del Banco de espermatozoides:			
Numero Identificador del Donante :			

**NOTA:**

- Favor sírvase en contestar **TODAS** las siguientes preguntas marcando las casillas **SI o NO**.
- Favor asegúrese de no dejar ninguna respuesta en blanco.
- Solicitar el Perfil de Historial Médico y de Salud al banco de donación en caso de utilizar Donación de óvulos o de Esperma.
- En caso responda **SI** a alguna pregunta, por favor sírvase de dar una explicación breve en la última página de esta planilla. Ej. Contesto **Si** a pregunta **12** la explicación seria : 12. H1N1 en el 5to mes del embarazo.
- Si ha tomado o está tomando algún medicamento, sírvase en proveer el nombre en el espacio de la última página.
- Ambos padres de familia deben firmar la planilla.
- Ambos padres de familia deben poner fecha en que se firmo la planilla.
- Toda la información que nos provea debe ser verdadera, clara y precisa.
- Favor de no firmar el espacio designado para NECBB.

**Perfil de Historial Médico y de Salud (continuación)**

Sírvese explicar las respuestas "Sí" que requieran aclaración en la sección provista en la página 7

	<b>Madre Biológica*</b>		<b>Padre Biológico*</b>	
	No	Sí	No	Sí
<b><u>Durante este embarazo:</u></b>				
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b><u>En la Familia:</u></b>				
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>Madre Biológica*</b>		<b>Padre Biológico*</b>	
	No	Sí	No	Sí
19 ¿Ha alguno de los padres participado en actividades de comercio sexual (sexo a cambio de dinero o drogas)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 ¿Se le ha diagnosticado a alguno de ellos SSPE (panencefalitis esclerosante subaguda)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alguna vez Usted:</b>				
21 ¿Ha tenido alguna vez un problema de salud que haya requerido una intervención de cirugía mayor o una intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 ¿Ha tenido alguna vez fiebre sin razón aparente, hinchazón en los nódulos linfáticos o manchas de color púrpura en la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 ¿Ha sido expuesto a o en riesgo de: Sepsis, La viruela, TSE/EEHT Humano (encefalopatías espongiiformes transmisibles)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 ¿Ha tenido alguna vez la enfermedad de Chagas, babesiosis o alguna otra enfermedad parasitaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 ¿Ha estado alguna vez en un país de malaria endémica o tomado medicación anti-malaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 ¿Se le diagnosticó malaria alguna vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 ¿Fue alguna vez mordido por un animal que se sospechara tuviera rabia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 ¿Han tenido usted o un pariente sanguíneo la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (CJD)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 ¿Vivió durante un período de tres meses o más en el Reino Unido (Inglaterra, Irlanda del Norte, Escocia, Gales, la Isla de Man o en las Islas del Canal) o Francia entre el 1° de Enero de 1980 y el 31 de Diciembre de 1996?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 ¿Vivió durante un período total de cinco años o más en cualquier país europeo desde el 1° de enero de 1980?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 ¿Recibió una transfusión de sangre o un componente sanguíneo en el Reino Unido, Francia o en otra parte de Europa, a partir de 1980?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 ¿Recibió un trasplante de órganos de cualquier clase, incluso injertos de piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 ¿Se le han realizado injertos de duramadre o ha sido tratada con la hormona del crecimiento de la glándula pituitaria humana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 ¿Ha tenido hepatitis viral, ictericia amarilla, enfermedades hepáticas o resultados positivos o falsos positivos de cualquier tipo y en cualquier momento de hepatitis A, B o C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 ¿Ha tenido pruebas clínicas o de laboratorio (resultados positivos o falsos positivos de cualquier tipo y en cualquier momento) de HTLV I o II, HIV/SIDA o sífilis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 ¿Ha tenido SIDA o cualquiera de sus complicaciones (leucoencefalopatía progresiva multifocal o linfoma)? ¿Ha tenido un compañero sexual que haya tenido SIDA o cualquiera de sus complicaciones o que haya corrido riesgo de contraer SIDA? (Usted puede haber corrido riesgo si es receptora de factor de coagulación de la sangre, si ha consumido drogas ilegales mediante inyecciones, si ha tenido múltiples compañeros sexuales o un compañero sexual con múltiples compañeros sexuales).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 ¿Ha tenido contacto sexual con un hombre que haya tenido contacto sexual con otro hombre, aunque haya sido sólo una vez, desde 1975?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 ¿Ha tenido contacto sexual con otra persona cuyos antecedentes no están claros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 ¿Ha sido rechazada como donante de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 ¿Ha recibido alguna transfusión de sangre integral, plasma, o factores de coagulación derivados del plasma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 ¿Ha sido encarcelada en un establecimiento correccional durante más de 72 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>Madre Biológica*</b>		<b>Padre Biológico*</b>	
	No	Yes	No	Yes
<b><u>En el pasado año, a partir de la fecha de concepción, usted:</u></b>				
42 ¿Recibió componentes sanguíneos o algún trasplante de tejido u órgano, incluso injertos de piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 ¿Se le diagnosticó, mostró señales o fue tratada por chlamydia, herpes en los genitales, sífilis o cualquier otra enfermedad de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 ¿Estuvo en contacto o expuesto a alguien que tuviera hepatitis o ictericia amarilla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 ¿Se realizó algún tatuaje, se hizo alguna perforación ("piercing"), se sometió a sesiones de acupuntura o electrólisis, se produjo lesiones con puntas de agujas, experimentó mordeduras humanas graves o entró en contacto con la sangre de alguna otra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explique en este espacio todas las respuestas "Sí" que requieran ampliación:

---



---



---



---



---



---



---

Sírvase en confirmar que ha completado los siguientes puntos haciendo una marca en la casilla correspondiente:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> He leído la información del Catalogo y la Información de Tarifas | <input type="checkbox"/> He leído y completado el Cuestionario de Historial Médico               |
| <input type="checkbox"/> He leído, completado y firmado la Información de Pago            | <input type="checkbox"/> Adjunto Historial Médico de la Salud de todos los donantes / sustitutos |
| <input type="checkbox"/> He leído y firmado el Contrato de Servicio al Cliente            | <input type="checkbox"/> Incluí una explicación de alguna respuesta "Sí" en el Cuestionario      |
| <input type="checkbox"/> He leído y firmado el Consentimiento Informado                   |  |

Certifico que he leído y completado el Perfil de Historial Médico y de Salud. He respondido a satisfacción todas las preguntas relativas al servicio. Certifico que la información que he suministrado en este formulario es completa y verídica según mi leal saber y entender. He revisado la exactitud y completación de este formulario dentro de las 48 horas siguientes al nacimiento del niño.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Madre Biológica

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre Biológico

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Director Médico o Representante (solo para uso de NECBB)

\_\_\_\_\_  
Fecha

- \* En caso de donación de óvulo, solicite a la instalación médica correspondiente el Historial Médico del donante y adjúntelo.
- \*\* En caso de donación de esperma, solicite a la instalación médica correspondiente el Historial Médico del donante y adjúntelo.
- \*\*\* En caso de donación de esperma, no se requiere firma.