

Perfil de Historial Médico y de Salud

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

Sección A – Información de Contacto de la Madre Biológica		Nro. de Cédula	
Dra. / Sra. / Srta.	Primer Nombre:	Apellido(s):	
Fecha de nacimiento:	Edad al inicio del embarazo:	Fecha estimada del parto:	
Nacimiento múltiple: Si / No	Cesárea programada: Si / No	Inducción: Si / No	Cliente anterior: Si / 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:	Número de identificación personal (cédula):		
Correo electrónico:			
¿De qué grupo étnico se considera usted? Por favor señale uno			
Caucásico/blanco Asiático/Islas del Pacífico Hispano Afro-americano Nativo-americano Otro			
Información de Contacto del Padre Biológico:			
Nombre legal:		Apellido (primer y segundo):	
Teléfono particular:	Teléfono celular:	Teléfono de trabajo:	Número de fax:
Número de identificación personal (cédula):		Correo electrónico:	
¿De qué grupo étnico se considera usted? Por favor señale uno			
Caucásico/blanco Asiático/Islas del Pacífico Hispano Afro-americano Nativo-americano Otro			

Sección B – Institución Médica / Hospital			
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 / Maternidad:			
Número telefónico del Hospital / Maternidad:		Número de fax del Hospital / Maternidad:	
Dirección completa del Hospital / Maternidad:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
País:			

Completar Sección C y Sección D (solamente si aplica)

Sección C – Sustituto / Adopción			
Nota importante: El perfil Médico e Historial de Salud debe ser completado por la Madre Biológica/Donante de óvulos y el Portador Gestacional en caso de que sean mujeres diferentes.			
Información de la Madre Sustituta (Madre Gestacional):			
Nombre legal:		Apellido (primer y segundo):	
Teléfono de la oficina		Número de fax de la oficina:	
Teléfono particular:	Teléfono celular:	Teléfono de trabajo:	Número de fax:
Dirección de domicilio:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
País:	Correo electrónico:		

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

Notas:

- Favor sírvase 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 de que responda SI a alguna pregunta, por favor sírvase dar una explicación breve en la última página de esta planilla. Ej: Contestó SI a pregunta 12, la explicación sería: 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 de esta planilla.
- Ambos padres de familia deben firmar la planilla.
- Ambos padres de familia deben poner fecha en que se firmó la planilla.
- Toda la información que nos provea debe ser verdadera, clara y precisa.
- Favor 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 6.

		Madre Biológica (*)		Padre Biológico (**)	
		No	Sí	No	Sí
<u>Durante este embarazo:</u>					
1.	¿Goza en general de buena salud?				
2.	¿Tuvo problemas de salud antes de este embarazo?				
3.	¿Ha tenido episodios de enfermedades maternas (con exclusión de resfriados) o complicaciones del embarazo?				
4.	¿Se le han prescrito medicamentos por alguna razón (con excepción de vitaminas)?				
5.	¿Ocurrió la concepción antes de que la madre cumpliera 18 años?				
6.	¿Se produjo la concepción mediante fertilización in vitro utilizando donación de esperma, donación de óvulo o subrogación?				
7.	¿Se le ha diagnosticado alguna vez tuberculosis, virus del Nilo Occidental o SARS (síndrome respiratorio agudo severo) o ha estado expuesto a estas enfermedades?				
8.	¿Ha tenido alguna de las siguientes infecciones sistémicas: bacteriana, viral o fúngica?				
9.	¿Ha recibido alguna vacuna viva (atenuada) dentro de las 6 semanas posteriores a la fecha de concepción o en cualquier momento durante el embarazo (viruela, fiebre amarilla, varicela, rubeola, paperas, polio oral, rubeola (MMR) o vacuna viva atenuada contra la gripe)?				
10.	¿Ha tenido contacto con alguna persona a la que le hayan sido administradas cualquiera de las vacunas indicadas en la pregunta anterior dentro de las 6 semanas posteriores a la fecha de concepción o en cualquier momento durante este embarazo? (Ejemplos: contacto físico íntimo, tocar el lugar de la vacuna, tocar vendas o manipular prendas o ropa de cama que haya estado en contacto con un lugar de vacunación abierto).				
11.	¿Ha recibido inmunoglobulina para la prevención de la hepatitis B después de una exposición durante las 6 semanas posteriores a la fecha de concepción o en cualquier momento durante este embarazo?				
12.	¿Ha recibido alguna vacuna de virus muerto ("vacuna inactiva") en algún momento durante este embarazo? (Ej.: vacuna contra la influenza estacional)				
<u>En la Familia:</u>					
13.	¿Hay antecedentes de enfermedades genéticas heredadas, incluso desórdenes sanguíneos o de sangrado (anemia drepanocítica, anemia aplásica, anemia de Fanconi, hemofilia, talasemia), deficiencias del sistema inmunológico o enfermedades de depósito metabólico? En caso de que existan antecedentes de Talasemia, ¿es mayor o menor? _____				
14.	¿Hay antecedentes de deficiencias inmuno-adquiridas o desórdenes de la sangre? (Ej. Leucemia, linfoma u otros cánceres de la sangre)				
15.	¿Hay antecedentes de SCID (Síndrome de Inmunodeficiencia Combinada Severa), síndrome de Wiskott-Aldrich, síndrome de Hurler o granulomatosis crónica?				
16.	¿Hay antecedentes de consanguinidad (matrimonios consanguíneos de padres o abuelos hasta primos en primer grado)?				
17.	¿Hay antecedentes de fallecimiento de niños pequeños?				
18.	¿Es alguno de los padres o abuelos del niño adoptado?				

		Madre biológica (*)		Padre biológico (**)	
		No	Sí	No	Sí
19.	¿Ha alguno de los padres participado en actividades de comercio sexual (sexo a cambio de dinero o drogas)?				
20.	¿Se le ha diagnosticado a alguno de ellos SSPE (panencefalitis esclerosante subaguda)?				
<u>Alguna vez Usted:</u>					
21.	¿Ha tenido alguna vez un problema de salud que haya requerido una intervención de cirugía mayor o una intervención quirúrgica?				
22.	¿Ha tenido alguna vez fiebre sin razón aparente, hinchazón en los nódulos linfáticos o manchas de color púrpura en la piel?				
23.	¿Ha sido expuesto a o en riesgo de: Sepsis, la viruela, TSE /EEHT Humano (encefalopatías espongiiformes transmisibles)?				
24.	¿Ha tenido alguna vez la enfermedad de Chagas, babesiosis o alguna otra enfermedad parasitaria?				
25.	¿Ha estado alguna vez en un país de malaria endémica o tomado medicación anti-malaria?				
26.	¿Se le diagnosticó malaria alguna vez?				
27.	¿Fue alguna vez mordido por un animal que se sospechara tuviera rabia?				
28.	¿Han tenido usted o un pariente sanguíneo la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (CJD)?				
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 1º de enero de 1980 y el 31 de diciembre de 1996?				
30.	¿Vivió durante un período total de cinco años o más en cualquier país europeo desde el 1º de enero de 1980?				
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?				
32.	¿Recibió un trasplante de órganos de cualquier clase, incluso injertos de piel?				
33.	¿Se le han realizado injertos de duramadre o ha sido tratada con la hormona del crecimiento de la glándula pituitaria humana?				
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?				
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?				
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).				
37.	¿Ha tenido contacto sexual con un hombre que haya tenido contacto sexual con otro hombre, aunque haya sido sólo una vez, desde 1975?				
38.	¿Ha tenido contacto sexual con otra persona cuyos antecedentes no están claros?				
39.	¿Ha sido rechazada como donante de sangre?				

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> He leído la información del Catálogo 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 "SI" en el Cuestionario. |
| <input type="checkbox"/> He leído y firmado el Consentimiento Informado. | <input type="checkbox"/> |

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 compleción 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.