



Breve Formulario de Evaluación del Donante de Sangre de Cordón

INFORMACIÓN MATERNA

Nombre Completo de Madre del Bebé (favor de imprimir) Fecha de Hoy Fecha de Nacimiento de Madre del Bebé

Previos Nombres Usados (p. ej. nombre de soltera, apodos) Dirección Correo Electrónico de Madre del Bebé

Dirección de Correo Número de Apto. Ciudad Estado Código Postal

Número de Teléfono Principal Teléfono Secundario Firma de Persona que completa el Formulario y Relación con la Madre del Bebé

Si usó el intérprete, agregue el nombre y el número de teléfono aquí Idioma hablado Dialecto

INFORMACIÓN RACIAL Y ÉTNICA SOBRE EL BEBÉ

Grupo étnico del bebé: Esta respuesta es necesaria; por favor marque una. <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino			
Raza del bebé: ¿A qué grupo(s) pertenece su bebé? (Marque todos los que correspondan)			
Indígena americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o aleutiano <input type="checkbox"/> Indígena de Estados Unidos o Canadá <input type="checkbox"/> Indígena de México, América Central o del Sur <input type="checkbox"/> Indígena del Caribe	Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Negro de África <input type="checkbox"/> Negro de Estados Unidos o Canadá (Afroamericano) <input type="checkbox"/> Negro del Caribe <input type="checkbox"/> Negro de México, América Central o del Sur	Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Del Sur de Asia <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> De otro país del Sudeste de Asia
Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Guam <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Nativo de Samoa <input type="checkbox"/> Nativo de otras islas del Pacífico	Blanco <input type="checkbox"/> De Europa Oriental <input type="checkbox"/> De Europa Occidental <input type="checkbox"/> Del Mediterráneo <input type="checkbox"/> Del Oriente Medio <input type="checkbox"/> De la costa del Norte de África <input type="checkbox"/> De América del Norte	<input type="checkbox"/> Del Norte de Europa <input type="checkbox"/> Del Oeste de Europa <input type="checkbox"/> Blanco del Caribe <input type="checkbox"/> Blanco de México, América Central o del Sur <input type="checkbox"/> Blanco de otra región	

¿En los últimos 12 meses, recibió usted (Madre del Bebé) una transfusión de sangre que no fuera su propia sangre?	SI	NO
¿En los últimos 12 meses, ha participado usted (Madre del Bebé) en una actividad que haya podido exponerla a un riesgo de contraer enfermedades contagiosas? (por ejemplo: uso de drogas por inyección intravenosa, sexo a cambio de dinero) Si la respuesta es sí, favor de explicar.	SI	NO
¿Tiene usted (Madre del Bebé), Padre del Bebé o Hermanos/as del Bebé alguna enfermedad grave o potencialmente mortal (cáncer, trastornos inmunitarios, trastornos de las células sanguíneas, enfermedades genéticas o hepatitis viral)? Si la respuesta es sí, por favor indique que miembro inmediato de la familia e indique que enfermedad(es). <input type="checkbox"/> Madre del Bebé _____ <input type="checkbox"/> Padre del Bebé _____ <input type="checkbox"/> Hermano/a del Bebé _____	SI	NO
En algún momento durante su embarazo, ¿le han diagnosticado la infección por el virus del Zika?	SI	NO
En algún momento durante su embarazo, ¿ha residido o viajado a una zona de riesgo por el virus del Zika? (Las áreas de riesgo de Zika incluyen India, México, Francia, Bahamas, Filipinas y Tailandia. Para obtener una lista completa de países y un mapa de las áreas de riesgo de Zika, consulte https://www.cdc.gov/zika/areasatrisk.html)	SI	NO

Fecha estimada del Nacimiento: _____

Hospital o Clínica: _____

Nombre del Médico: _____