



**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**

<b>Grupo étnico del bebé:</b> Esta respuesta es necesaria; por favor marque una. <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino			
<b>Raza del bebé:</b> ¿A qué grupo(s) pertenece su bebé? (Marque todos los que correspondan)			
<b>Indígena americano o nativo de Alaska</b> <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	<b>Negro o afroamericano</b> <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	<b>Asiático</b> <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
<b>Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico</b> <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	<b>Blanco</b> <input type="checkbox"/> De Europa Oriental <input type="checkbox"/> Del Norte de Europa <input type="checkbox"/> Del Mediterráneo <input type="checkbox"/> Del Oeste de Europa <input type="checkbox"/> Del Oriente Medio <input type="checkbox"/> Blanco del Caribe <input type="checkbox"/> De la costa del Norte de África <input type="checkbox"/> Blanco de México, América Central o del Sur <input type="checkbox"/> De América del Norte <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?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿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) <b>Si la respuesta es sí, favor de explicar.</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
¿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)? <b>Si la respuesta es sí, por favor indique que miembro inmediato de la familia e indique que enfermedad(es).</b> <input type="checkbox"/> Madre del Bebé _____ <input type="checkbox"/> Padre del Bebé _____ <input type="checkbox"/> Hermano/a del Bebé _____	<b>SI</b>	<b>NO</b>
En algún momento durante su embarazo, ¿le han diagnosticado la infección por el virus del Zika?	<b>SI</b>	<b>NO</b>
En algún momento durante su embarazo, ¿ha residido o viajado a una zona de riesgo por el virus del Zika? <b>(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 <a href="https://www.cdc.gov/zika/areasatrisk.html">https://www.cdc.gov/zika/areasatrisk.html</a>)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>

Fecha estimada del Nacimiento: \_\_\_\_\_

Hospital o Clínica: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_