

Numero de código_____

Nombre_____

Domicilio_____

Teléfono: Casa_____ Celular_____:

Edad: _____ Estatura: _____ Raza: _____

Color de cabello: _____ Textura: (rizado/liso): _____

Color de ojos: _____ Color de piel: _____

Ocupación: _____ Escolaridad: _____

Religión: _____ Tipo de sangre: _____

Entretencimientos/Hobbies: _____

Alergias SI__ NO__

Tabaquismo SI__ NO__

Drogas SI__ NO__

Transfusiones de sangre SI__ NO__

Cirugías SI__ NO__

Fibrosis quística SI__ NO__

Enfermedad de Tay-Sachs SI__ NO__

Familiares judíos (padres, abuelos, etc.) SI__ NO__

Anemia de células falciformes SI__ NO__

Talasemia SI__ NO__

Enfermedad genética o condición especial en la familia SI__ NO__

EN CASO DE "SI "EXPLICAR

Donador Probado (¿Ha embarazado anteriormente?) SI__ NO__

¿Se ha realizado tatuajes en los últimos 6 meses? SI__ NO__

¿Ha viajado fuera de país en los últimos 6 meses? SI__ NO__

Realizado por_____ Fecha_____

1. Algún miembro familiar con defecto serio al nacimiento SI___ NO___

2. Algún miembro familiar femenino con abortos espontáneos SI___ NO___

3. Algún miembro familiar con alguna de las siguientes condiciones:

a) Síndrome DownSI___ NO___

b) Labio o paladar hendido.....SI___ NO___

c) Pie zambo.....SI___ NO___

d) Enfermedad cardiaca congénita.....SI___ NO___

e) Estenosis Pilórica.....SI___ NO___

f) Defectos del tubo neural(espina bifida, meningocele).....SI___ NO___

g) Fibrosis quística, fenilcetonuria o trastorno
metabólico hereditario.....SI___ NO___

h) Enfermedad renal progresiva.....SI___ NO___

i) Diabetes mellitus que requiera insulina.....SI___ NO___

j) Diabetes mellitus que sin tratamiento con insulina.....SI___ NO___

k) Degeneración prematura de cualquier sistema
de órganos.....SI___ NO___

l) Cataratas antes de los 40 años.....SI___ NO___

m) Sordera antes de los 60 años.....SI___ NO___

n) Perdida de la coordinación muscular.....SI___ NO___

o) Esquizofrenia.....SI___ NO___

p) Psicosis maniaco depresiva (Enfermedad bipolar).....SI___ NO___

q) Deterioro mental o senil antes de los 50 años.....SI___ NO___

4. Tiene manchas de color café en su piel del tamaño de una moneda de
\$10.00.....SI___ NO___

Cuantas_____

5. Hay muertes tempranas en su familia
(Ataques al corazón, etc.).....SI___ NO___

País de origen de su padre: _____

País de origen de su madre: _____

HISTORIA PATERNA

Abuelo (si vive) Edad_____ Estado de salud_____

En caso de defunción, edad de muerte_____ Causa de muerte_____

Abuela (si vive) Edad_____ Estado de salud_____

En caso de defunción, edad de muerte_____ Causa de muerte_____

Tías o tíos que viven Sexo_____ Años_____ Salud_____

Defunciones de tías y tíos (incluye muerte neonatal y de la infancia)

Sexo_____ Años_____ Causa de la muerte_____

HISTORIA MATERNA

Abuelo (si vive) Edad_____ Estado de salud_____

En caso de defunción, edad de muerte_____ Causa de muerte_____

Abuela (si vive) Edad_____ Estado de salud_____

En caso de defunción, edad de muerte_____ Causa de muerte_____

Tías o tíos que viven Sexo_____ Años_____ Salud_____

Defunciones de tías y tíos (incluye muerte neonatal y de la infancia)

Sexo_____ Años_____ Causa de la muerte_____

HERMANOS

VIVOS

Sexo _____ Edad _____ Salud _____

Sexo _____ Edad _____ Salud _____

FALLECIDOS

Sexo _____ Edad _____ Causa _____

HIJOS

VIVOS

Sexo _____ Edad _____ Salud _____

FALLECIDOS

Sexo _____ Edad _____ Salud _____

DECLARACION DE ENTENDIMIENTO DE LOS DONADORES

Entiendo que el Centro de Fertilidad IECH, recolecta las muestras de semen que son utilizadas la mayor parte del tiempo para inseminación artificial o procedimientos de fertilización in vitro. La cantidad de semen criopreservado permitirá un máximo de 5 embarazos.

Yo participo de manera voluntaria en este programa, proporcionando muestras de semen. Entiendo que esta participación es de manera confidencial; es decir, el destinatario no será informado de mi identidad y no se informará de la identidad de los beneficiarios. También entiendo, que si adquiero alguna enfermedad contagiosa o venérea durante la donación, tendré que suspender la donación de esperma, hasta después de que reciba el tratamiento adecuado. No voy a aplicarme tatuajes o perforaciones corporales durante el período de donación.

Finalmente, la naturaleza de este acuerdo es confidencial, y la única copia de este acuerdo permanecerá con el Centro de Fertilidad IECH.

DONADOR _____

FECHA _____