

INFORMACIÓN PREVIA A LA DONACIÓN DE SANGRE	INFORMATION PRIOR TO A BLOOD DONATION
Usted desea efectuar una donación de sangre. Antes de la entrevista con el médico le pedimos por favor que lea atentamente esta hoja informativa. Las condiciones descritas le permiten autoexcluirse como donante si se encuentra en alguno de estos supuestos que prohíben legalmente la donación. Las preguntas que le formulará el médico en la entrevista son muy importantes y tienen como único objetivo proteger su salud, evitando una donación de sangre en condiciones inadecuadas para usted, y al mismo tiempo garantizar la máxima seguridad para el enfermo que recibirá su sangre. Si usted tiene alguna duda o no entiende alguna pregunta, indíquelo por favor al médico que le entrevistará.	You are willing to make a blood donation. Before meeting the doctor, we kindly ask you to read this information sheet carefully. The conditions it describes will allow you to exclude yourself as donor should you meet some of the assumptions that legally forbid blood donations. The questions that the doctor will ask you during the interview are very important and their sole objective is both to protect your health by avoiding a blood donation under circumstances inadequate for you and to ensure the maximum security for the patient who will receive your blood. Should you have any doubt or should you not fully understand some of the questions, please tell the doctor who will interview you.
Nosotros le agradecemos de antemano su atención y la sinceridad de sus respuestas. La confidencialidad está asegurada por el secreto médico.	We thank you in advance for your attention and for the sincerity of your answers. Confidentiality is guaranteed by medical secrecy.
LA SEGURIDAD TRANSFUSIONAL ES UN OBJETIVO PRINCIPAL DE LA SALUD PÚBLICA.	TRANSFUSION SECURITY IS ONE OF THE PUBLIC HEALTH'S MAIN OBJECTIVES
Con el objetivo de evitar todo riesgo de infección de un enfermo con motivo de una transfusión sanguínea, se ruega a todas las personas que estén o hayan estado expuestas a posible contagio de enfermedades víricas (hepatitis, SIDA) que no donen sangre. La sangre que usted done será analizada de acuerdo con la legislación vigente.	In order to avoid any risk infection in patients as a result of a blood transfusion, it is asked to anyone who is, or has been, exposed to contagion of viral diseases (hepatitis, AIDS) not to donate blood. The blood that you donate will be analysed as per legislation presently in force.
Si usted está afectado por alguna de las situaciones descritas a continuación le rogamos que no done sangre:	If any of the situations described below meet your circumstances, we kindly ask you to refrain from donating blood:
Si tiene de forma habitual distintas parejas sexuales.	It is customary for you to have several sexual partners.
Si usted ha consumido drogas intravenosas aunque solo haya sido una única vez, o haya sido utilizando material desechable o incluso aunque haga mucho tiempo de ello.	You have consumed intravenous drugs, even if only once, even if disposable material was used, and even if it happened many years ago.
Si usted ha tenido en algún momento de su vida relaciones sexuales a cambio de dinero o de drogas.	You have, at any stage of your life, had sexual intercourse in exchange of money or drugs.
Si su pareja sexual está afectada por cualquiera de las situaciones mencionadas anteriormente.	If your sexual partner is affected by any of the circumstances mentioned above.

Si su pareja sexual es seropositiva para el virus del SIDA, de la hepatitis B o de la hepatitis C.	If you sexual partner is seropositive with regard to the viruses of AIDS, hepatitis B or hepatitis C.
RECONOCIMIENTO:	ACKNOWLEDGEMENT :
Con firma declaro que:	By signing this document, I declare that:
No me encuentro en ninguna de las circunstancias que excluyen de la donación de sangre y he tenido la oportunidad de pedir aclaraciones y de excluirme de la donación.	I do not meet any of the circumstances which exclude blood donation and I have had the opportunity to seek clarification and to exclude myself from the donation.
Doy mi consentimiento para efectuar voluntariamente una donación de sangre.	I give my consent for a voluntary blood donation.
Doy mi consentimiento para que Incluyan mis datos en un fichero automatizado propiedad del CTCV cuya finalidad es el desarrollo del Plan de Hemodonación y Hemoterapia de la Comunidad Valenciana, y sobre el que podré ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Ley Orgánica 15/1999).	I give my consent for my details to be included in an automated database belonging to the CTCV, the purpose of which is to develop the Hemodonation and Hemotherapy Plan of the Valencian Community (Plan de Hemodonación y Hemoterapia de la Comunidad Valenciana) on which I shall be entitled to exercise rights of access, modification, cancellation and opposition (in accordance with Organic Law 15/1999).
Si ☐ No ☐ Doy mi consentimiento para que se cedan a las Asociaciones de Donantes mis datos personales, así como el número de donaciones realizadas y mi grupo sanguíneo, autorizando el uso de los citados datos exclusivamente para comunicaciones e informaciones propias del fin social de las mismas, reservándome sobre los citados datos los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Ley Orgánica 15/1999)	Yes ☐ No ☐ I give my consent to my personal details, number of donations I have made and my blood Group being handed over to Donors Associations and authorise the use of the data in question solely for communication and information purposes that are in line with the social objective of these associations, reserving myself rights on the said data regarding access, modification, cancellation and opposition (in accordance with Organic Law 15/1999).

Nombre, Firma y Fecha:

Nº UNIDAD

Ha comprendido la información que acaba de firmar	Have you understood the information you have just read?	Yes ☐ No ☐
Es usted donante	Are you a donor?	Yes ☐ No ☐
En alguna ocasión ha tenido algún incidente durante o después de la donación	Have you ever experienced any incident during or after a blood donation?	Yes ☐ No ☐
Ha sido rechazado en alguna ocasión para donar sangre	Have you ever been rejected as blood donor?	Yes ☐ No ☐
Recibe algún tipo de tratamiento médico en este momento. Ha tomado aspirina o antiinflamatorios hace menos de 5 días	Are you presently under any type of medical treatment? Have you taken aspirin or anti-inflammatory drugs within the last 5 days?	Yes ☐ No ☐
Ha recibido en alguna ocasión tratamiento con Tigason o Neo-Tigason. Ha recibido tratamiento con Roacutan, Proscar o Propecia en los últimos 30 días	Have you ever been treated with Tigason or Neo-Tigason? Have you been treated with Roacutan, Proscar or Propecia within the last 30 days?	Yes ☐ No ☐
En algún momento de su vida ha padecido algún problema importante de salud: Enfermedades del corazón, pulmones, aparato digestivo, riñones, sistema nervioso central, epilepsia, piel, psiquiatría, intervenciones quirúrgicas, o enfermedades infecciosas como tuberculosis, leishmaniosis, tripanosomiasis, brucelosis, fiebre Q, toxoplasmosis o mononucleosis. Especificar:	Have you, at any time of your life, suffered a major health problem: disease of the heart, lungs, digestive track, kidneys, central nervous system, epilepsy, skin, psychiatry, surgical operations, or infectious diseases such as TB, leishmaniasis, tripanosomiasis, brucellosis, Q fever, toxoplasmosis or mononucleosis? Please specify them:	Yes ☐ No ☐
Ha padecido usted algún episodio alérgico grave o crisis asmática	Have you ever had serious allergy or asthma?	Yes ☐ No ☐
Indíquenos si le afecta alguna de las siguientes situaciones: Antecedentes de injertos (tímpano, córnea, óseo, piel, de cualquier otro tipo), tratamiento con hormona de crecimiento antes de 1989, cirugía cerebral o algún familiar con diagnóstico de enfermedad de Creutzfeld-Jakob	Please indicate if you have faced any of the following circumstances: implants (tympanum, cornea, bone, skin or any other type), growth hormone treatment prior to 1989, brain surgery or any parent diagnosed with the Creutzfeld-Jakob disease.	Yes ☐ No ☐
En los últimos 6 meses ha viajado a algún país con riesgo de malaria y donde le hayan aconsejado quimioprofilaxis para esta enfermedad antes de viajar. Ha padecido alguna enfermedad parasitaria después de algún viaje	Have you, over the last 6 months, travelled to a malaria-risk country and were you advised to have a chemo-prophylactic treatment for this disease prior to your departure? Have you suffered any parasitic disease after any trip?	Yes ☐ No ☐
Ha recibido una transfusión de sangre. ¿Cuándo?	Have you ever received a blood transfusion? If so, when?	Yes ☐ No ☐
Le han efectuado algún tipo de intervención quirúrgica (incluyendo extracciones dentarias), ¿Cuándo?	Have you been submitted to a surgical operation of any kind (including tooth extraction)? When?	Yes ☐ No ☐

Le han efectuado cualquier tipo de exploración endoscópica en los últimos 12 meses	Have you been submitted to any endoscopic exploration within the last 12 months?	Yes ☐ No ☐
Convive íntimamente con enfermos portadores del virus de la hepatitis B, C o VIH	Do you live closely with bearers of AIDS, Hepatitis B or C viruses?	Yes ☐ No ☐
Se ha efectuado algún tatuaje, piercing o tratamiento de acupuntura, en los últimos 12 meses	Have you had yourself tattooed, pierced o have you had acupuncture treatment within the last 12 months?	Yes ☐ No ☐
Si es usted mujer, ha dado a luz hace menos de 9 meses o se ha sometido a una interrupción voluntaria del embarazo. ¿Cuándo?	If you are a woman, have you given birth within the last 9 months, or have you had an abortion? When?	Yes ☐ No ☐
Ha tenido fiebre o alguna infección en la última semana	Have you had fever or any infection within the last week?	Yes ☐ No ☐
Ha residido durante más de un año, acumulativo, en el Reino Unido (Inglaterra, Escocia, Gales, Irlanda del Norte, Islas de Man y del Canal) durante el período comprendido entre 1980 y 1986	Have you lived for more than one cumulative year in the U.K. (England, Scotland, Wales, Northern Ireland, Isle of Man and Channel Islands) between 1980 and 1986?	Yes ☐ No ☐
OBSERVACIONES/ OPMERKINGEN:		

Información y cuestionario facilitados por www.clinicabenissa.com