

**RELLENE CON MAYÚSCULAS**

Nº DE DNI, NIE O PASAPORTE	<input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	EDAD	<input type="text"/>
APELLIDOS	<input type="text"/>		NOMBRE	<input type="text"/>	

Si no ha habido cambios desde su última donación no es necesario cumplimentar los siguientes datos:

DIRECCIÓN COMPLETA	<input type="text"/>				
POBLACIÓN	<input type="text"/>	CP	<input type="text"/>	PROVINCIA	<input type="text"/>
LUGAR DE NACIMIENTO (Provincia / País)	<input type="text"/>				
TELÉFONO FIJO	<input type="text"/>	TELÉFONO MÓVIL	<input type="text"/>		
E-MAIL (en mayúsculas)	<input type="text"/>				
FECHA DE DONACIÓN	<input type="text"/>	LUGAR DE DONACIÓN	<input type="text"/>	NUEVO DONANTE	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Por su propia seguridad y la del receptor de su donación **le rogamos lea atentamente** la información contenida en este documento y que lo **conteste** con total **sinceridad**. Queda garantizada la confidencialidad de sus datos y sus respuestas. Pregunte al personal que le atiende cualquier duda que pueda surgirle. Le informamos de que puede cambiar de opinión antes de continuar con el procedimiento de la donación, retirarse o autoexcluirse en cualquier momento. Le comunicamos nuestra obligación de informar al donante si los resultados de los análisis ponen de manifiesto cualquier anomalía importante para su salud.

	SÍ	NO		SÍ	NO
¿Es usted donante de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha tomado aspirina (ácido acetilsalicílico) o derivados en los últimos 5 días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En alguna ocasión ha tenido algún incidente durante o después de la donación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Recibe algún tipo de tratamiento médico (pastillas, inyecciones...) en este momento? Especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sido rechazado en alguna ocasión para donar sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha recibido tratamiento con Dutasteride (Avodart, Jalyn, Duodart), Finasterida (Proscar, Propecia, Ativol, Eucoprost) por un problema de próstata o de alopecia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ES ESPECIALMENTE IMPORTANTE QUE NO DONE SI SE ENCUENTRA EN ALGUNO DE LOS GRUPOS CON PRÁCTICAS DE RIESGO:</b>			¿Ha tomado Tigason o Neo-Tigason, Roacutan o Isotrex por problemas en la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si ha tenido Vd. distintas parejas sexuales en los últimos 6 meses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha recibido alguna vacuna en el último año? Especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si Vd. ha consumido alguna vez drogas por vía intravenosa o intramuscular, incluyendo esteroides o derivados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>EN LOS ÚLTIMOS 4 MESES:</b>		
Si Vd. ha tenido alguna vez relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas o con personas de las que se desconocen sus hábitos sexuales o que practican la prostitución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Ha recibido alguna transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si su pareja sexual se encuentra en alguno de los supuestos anteriores o es seropositiva para el virus de la hepatitis B, hepatitis C o el virus del SIDA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Le han efectuado algún tipo de endoscopia (colonoscopia, gastroscopia, broncoscopia u otras)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ORIGEN:</b>			¿Se ha efectuado algún tatuaje, piercing, tratamiento de acupuntura o punción seca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
País de nacimiento:			¿Le han efectuado alguna intervención quirúrgica? Especifique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
País de nacimiento de la madre:			<b>OTRAS CUESTIONES:</b>		
Fecha del último viaje al país de nacimiento:			¿Ha convivido o mantenido contacto íntimo con alguna persona portadora o enferma del virus de la hepatitis B, C o el VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MEDICACIÓN:</b>			Si es Vd. mujer, ¿ha dado a luz o ha tenido algún aborto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tomado antibióticos en la última semana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SÍ NO

¿Ha tenido fiebre en los últimos 15 días o alguna infección leve en la última semana?

¿Ha tenido en alguna ocasión algún problema de salud relacionado con enfermedades del corazón, pulmón, hígado, riñones, aparato digestivo, piel o sistema nervioso? Especifique:

¿Padece Vd. diabetes? En caso afirmativo especifique si necesita insulina

¿Ha tenido en alguna ocasión algún problema de salud relacionado con enfermedades hematológicas, o con cualquier tipo de cáncer? Especifique:

¿Ha recibido tratamiento con hormona del crecimiento?

¿Ha sido Vd. diagnosticado de alguna enfermedad autoinmune? Especifique:

¿Ha tenido alguna vez algún tipo de infección como meningitis, encefalitis, tuberculosis, hepatitis B, hepatitis C, SIDA, virus Zika, fiebre del Oeste del Nilo, leishmaniasis (Kala-Azar), tripanosomiasis (Enf. de Chagas), sífilis, brucelosis (Fiebres de Malta), fiebre Q, babesiosis, toxoplasmosis o mononucleosis? Especifique:

SÍ NO

¿Le han efectuado algún procedimiento de cirugía menor (incluyendo extracciones dentarias) en la última semana? Especifique:

Indique si le afecta alguna de estas situaciones: injertos (de hueso, piel, córnea, de tímpano o duramadre), xenotrasplante (trasplante de órgano de animal), o cirugía cerebral. Especifique:

Antecedentes personales o familiares de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob o su variante, o cualquier encefalopatía espongiiforme transmisible.

¿Ha residido durante más de 1 año, acumulativo, en el Reino Unido durante el periodo comprendido entre 1980 y 1996?

¿Es Vd. alérgico a alguna sustancia? Especifique:

En el último año, ¿ha realizado algún viaje fuera de España? Especifique:

Desde su última donación, ¿ha tenido algún episodio de sangrado o hemorragia? Especifique:

Le informamos de que, en cumplimiento de la Ley 3/2005 de creación de este Banco de Sangre (BSTA) y bajo los principios reconocidos en la Ley 6/2002 de Salud de Aragón en lo relativo a una concepción integral de la salud en la actuación asistencial y lograr máxima eficacia y eficiencia en la gestión de los recursos, **exclusivamente el personal facultativo del BSTA podrá acceder a su Historia Clínica Electrónica del Servicio Aragonés de Salud**, con el único objetivo de consultar resultados de pruebas de laboratorio o de anatomía patológica relacionadas con su donación, y que eviten la repetición de análisis ya realizados. Conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos, le informamos de que Banco de Sangre y Tejidos de Aragón es el responsable del tratamiento de sus datos de carácter personal. La finalidad del tratamiento es gestionar su donación y poder desempeñar nuestras funciones de control de hemodonación, procesamiento, almacenamiento y distribución de los componentes sanguíneos. Asimismo y en cumplimiento de las funciones que BSTA tiene encomendadas, como Centro Comunitario de Transfusión de Aragón, entre las que se encuentran la planificación y promoción de la donación de sangre y componentes sanguíneos en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Aragón, le informaremos vía (email, teléfono y/o correo postal) de convocatorias en curso y próximas convocatorias de donantes de sangre para que pueda asistir a donar. La base de legitimación es el cumplimiento de una misión realizada en interés público y en el ejercicio de poderes públicos conferidos a BSTA. En cada una de las comunicaciones que reciba por medios telemáticos (SMS/email) podrá ejercer su derecho de oposición.

CONSIENTO EN QUE LAS MUESTRAS DE MI DONACIÓN SEAN UTILIZADAS CON FINES DOCENTES Y/O DE INVESTIGACIÓN (Por favor marque la casilla correspondiente)

SÍ NO

En caso de producirse alguna modificación en sus datos, le rogamos nos lo comunique debidamente. Sus derechos de acceso, oposición, rectificación y supresión, así como otros derechos que tiene reconocidos, puede ejercerlos a través de [protecciondatos.bsta@aragon.es](mailto:protecciondatos.bsta@aragon.es) o a través de la dirección C/Ramón Salanova 1, 50017 Zaragoza. Puede consultar la información ampliada en nuestro registro de actividades en [https://aplicaciones.aragon.es/notif\\_lopd\\_pub](https://aplicaciones.aragon.es/notif_lopd_pub).

Con mi firma declaro, con pleno conocimiento de causa, que no me encuentro en ninguna de las situaciones que excluyen de la donación de sangre y he tenido la oportunidad de pedir información y de autoexcluirme. Asimismo, he recibido información sobre el destino de mi donación de sangre (tríptico informativo) así como de sus posibles efectos secundarios que puedo presentar en relación con la donación de sangre. Declaro que he leído y completado de forma veraz y sincera la "Encuesta previa a la Donación de Sangre".

ESPACIO A CUMPLIMENTAR POR EL PERSONAL SANITARIO

DONANTE (nombre y apellidos) \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_  
FIRMA \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos / código \_\_\_\_\_  
Enfermero / médico (entrevista) \_\_\_\_\_  
Enfermero / médico (venopunción) \_\_\_\_\_  
Nº UNIDAD \_\_\_\_\_

GRACIAS POR SU DONACIÓN. ESPERAMOS CONTAR DE NUEVO CON SU COLABORACIÓN