

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 Down .....SI\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_