

## Cuestionario de entrevista de historial médico de donante

### Evaluación de la FDA de donantes para factores o condiciones de riesgo

| Pregunta                                                                                                                                                                                                                                                                       | Circule una respuesta a continuación para cada pregunta |   |     | Comentarios                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---|-----|--------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                | S                                                       | N |     |                                      |
| 1. <u>Femenina:</u> En los últimos 12 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales con un hombre que ha tenido relaciones sexuales con otro Hombre en los últimos 5 años?<br><u>Masculino:</u> ¿Ha tenido relaciones sexuales con otro hombre en los Últimos 5 años, incluso una vez? | S                                                       | N |     |                                      |
| 2. Se ha inyectado drogas por una razón no- medica en los últimos 5 años, incluyendo inyección intravenosa, intramuscular y Subcutánea?                                                                                                                                        | S                                                       | N |     |                                      |
| 3. Ha usted recibido concentrados de factores de coagulación derivados de plasma Humano para la hemofilia o un trastorno Relacionado con la coagulación?                                                                                                                       | S                                                       | N |     |                                      |
| 4. En los pasados 5 años, ha recibido dinero o drogas a cambio de tener relaciones sexuales?                                                                                                                                                                                   | S                                                       | N |     |                                      |
| 5. En los últimos 12 meses, ha tenido relaciones sexuales con Cualquiera que respondiera si a alguna de las preguntas 1, 2, 3,4?                                                                                                                                               | S                                                       | N |     |                                      |
| 6. En los últimos 12 meses, ha tenido relaciones sexuales con una Persona que se sabe o se sospecha de tener infección por VIH, Infección activa de Hepatitis B o infección de Hepatitis C, Infección clínicamente activa de Hepatitis B o Infección de Hepatitis C?           | S                                                       | N |     |                                      |
| 7. En los últimos 12 meses, ha estado expuesto al conocido o Sospechado VIH, sangre infectada de Hepatitis B y/o C Por inoculación percutánea (por ejemplo, pinchazo de aguja) o por medio de una herida abierta, piel no-intacta o membrana mucosa?                           | S                                                       | N |     |                                      |
| 8. En los últimos 12 meses, ha tenido un pinchazo accidental, Lesiones con un instrumento afilado, contacto con sangre Humana, suero o plasma en los ojos, membranas mucosas (labios, interior de la nariz) o llagas?                                                          | S                                                       | N |     |                                      |
| 9. En los últimos 12 meses, ha estado en la cárcel por más de 72 Horas consecutivas?                                                                                                                                                                                           | S                                                       | N |     |                                      |
| 10. En los últimos 12 meses, ha vivido (residido en la misma Vivienda) con otra persona que tiene Hepatitis B o infección Clínicamente activa (sintomático) de Hepatitis C?                                                                                                    | S                                                       | N |     |                                      |
| 11. En los últimos 12 meses, ha tenido alguna perforación de oreja O cuerpo o tatuajes?                                                                                                                                                                                        | S                                                       | N |     | <u>Si no, vaya a la pregunta 12.</u> |
| 11a. Ha tenido un tatuaje en los últimos 12 meses? Si sí, cuando?                                                                                                                                                                                                              |                                                         |   | S N | <u>Si no, vaya a la 11c.</u>         |
| 11b. Se utilizaron instrumentos estériles?                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |   | S N |                                      |
| 11c. Tuvo usted perforación de oreja, piel o cuerpo en los Últimos 12 meses?                                                                                                                                                                                                   |                                                         |   | S N | <u>Si no, vaya a la 12.</u>          |
| 11d. Se utilizaron instrumentos estériles?                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         |   | S N |                                      |
| 12. Después de los 11 años de edad, ha tenido un diagnóstico clínico De Hepatitis viral sintomático?                                                                                                                                                                           | S                                                       | N |     | <u>Si sí, vaya a la 12a.</u>         |
| 12a. Fue el Hepatitis identificado como la Hepatitis A (por Ejemplo prueba reactiva IgM anti-VHA) virus de Epstein-Barr o citomegalovirus?                                                                                                                                     |                                                         |   | S N |                                      |
| 13. Usted, su pareja sexual o cualquier miembro de su hogar ha Tenido un trasplante o procedimiento médico que implicó la Exposición a células vivas, tejidos u órganos de un animal?                                                                                          | S                                                       | N |     | <u>Si no, vaya a la 14.</u>          |
| 13a. Si la persona mencionada en la pregunta 13 fue un miembro                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |   | S N |                                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |   |     |                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-----|-------------------------------------------------------------|
| De su hogar, estuvo usted expuesto a su sangre, saliva o Otro fluido corporal (por ejemplo; a través de besos Profundos, cepillos de dientes compartidos, rastrillos o Agujas o a través de heridas o llagas)?                                                                                                                                                              |   |   |     |                                                             |
| 14. Ha sido usted diagnosticado con el virus del Nilo Occidental (incluyendo diagnostico basado en los síntomas y/o resultados De laboratorio o Viremia VPC confirmado en los últimos 120 Días?                                                                                                                                                                             | S | N |     | <u>Si no, vaya a la 15.</u>                                 |
| 14a. Ha sido usted sospechado de tener el virus del Nilo Occidental En los últimos 120 días?                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |   | S N |                                                             |
| 15. Dentro de las últimas 8 semanas, ha tenido una vacuna contra la Viruela o ha tenido contacto cercano con el sitio de la vacuna de Alguien más?<br>(Ejemplos de contacto cercano incluyen tocar el sitio, las Vendas que cubren el sitio o manejar el sobrecama o ropa que Haya tenido contacto con un sitio de vacuna sin vendar)?                                      | S | N |     | <u>Si no, vaya a la 16.</u>                                 |
| 15a. Tuviste una vacuna contra la viruela?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   | S N | <u>Si no, vaya a la 16.</u>                                 |
| 15b. La costra se separó/cayo por sí mismo?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |   | S N |                                                             |
| 16. Si usted tuvo contacto cercano con un destinatario de la Vacunación contra la viruela, ha tenido usted una nueva Erupción cutánea o llaga desde el momento de contacto?                                                                                                                                                                                                 | S | N |     | <u>Si no, vaya a la 17.</u>                                 |
| 16a. La costra se cayó/separó espontáneamente?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   | S N |                                                             |
| 16b. Tuvo alguna enfermedad o complicaciones de su vacunación O de su contacto cercano con alguien que fue vacunado?                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   | S N |                                                             |
| 17. En los últimos 12 meses, ha tenido usted o ha recibido Tratamiento para la sífilis, clamidia o la gonorrea?                                                                                                                                                                                                                                                             | S | N |     |                                                             |
| 18. Usted o alguno de sus parientes de sangre ha sido Diagnosticado con la enfermedad de Creutzfeld-Jakob (ECJ)?                                                                                                                                                                                                                                                            | S | N |     |                                                             |
| 19. Ha sido diagnosticado con demencia o cualquier enfermedad Degenerativa o desmielinizante del sistema nervioso central u Otra enfermedad neurológica de etiología desconocida?                                                                                                                                                                                           | S | N |     |                                                             |
| 20. Alguna vez ha recibido la hormona del crecimiento de Glándulas pituitarias humano?                                                                                                                                                                                                                                                                                      | S | N |     |                                                             |
| 21. Alguna vez ha recibido un injerto de duramadre no-sintético (cubrimiento de cerebro)?                                                                                                                                                                                                                                                                                   | S | N |     |                                                             |
| 22. Desde 1980 hasta 1996 era usted miembro del militar de EE.UU., Empleado civil militar o dependiente de un miembro del Militar o empleado civil militar?                                                                                                                                                                                                                 | S | N |     | <u>Si no, vaya a la 23.</u>                                 |
| 22a. Paso usted un total de 6 meses o más asociado con una base Militar en cualquiera de los siguientes países: Alemania, Bélgica o Países bajos entre 1980 y 1990; o Grecia, Turquía, España, Portugal o Italia entre 1980 y 1996?                                                                                                                                         |   |   | S N |                                                             |
| 23. Desde 1980, alguna vez ha vivido o viajado a Europa? (Incluye Albania, Austria, Bélgica, Bosnia-Herzegovina, Bulgaria, Croacia, Republica Checa, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Liechtenstein, Luxemburgo, Macedonia, Países Bajos, Noruega, Polonia, Portugal, Rumania, Eslovaquia, Eslovenia, España, Suiza y Yugoslavia) | S | N |     | <u>Si si, vaya a la 23a.</u><br><u>Si no, vaya a la 24.</u> |
| 23a. Desde principios de 1980 hasta finales de 1996 paso usted un tiempo que sume más de 3 meses en el Reino Unido? (Incluye Inglaterra, Irlanda, Escocia, Gales, la Isla de Man, las Islas del Canal, Gibraltar y las Islas Malvinas).                                                                                                                                     |   |   | S N |                                                             |
| 23b. Desde 1980 ha recibido una transfusión de sangre o Componentes sanguíneos en el R.U. o Francia?                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |   | S N |                                                             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |   |     |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|-----|--|
| 23c. Desde 1980 ha pasado tiempo que sume hasta 5 años o mas En Europa (incluyendo el tiempo permanecido en el Reino Unido entre 1980 y 1996)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | S |   | S N |  |
| 24. Ha tenido un diagnóstico medico de Virus del Zika en los últimos 6 meses?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | S | N |     |  |
| 25. Ha residido en, viajado a, una área con transmisión activa del Virus del Zika en los últimos 6 meses? (Incluye Cabo Verde , las islas del Caribe : Aruba , Barbados , Bonaire , Curazao , República Dominicana , Guadalupe , Haití , Jamaica , Martinica , el Asociado de Puerto Rico , un territorio de Estados Unidos ; San Martín , San Vicente y las Granadinas ; San Maarten , Trinidad y Tobago ; Islas Vírgenes de Estados Unidos, América Central : Costa Rica, El Salvador , Guatemala, Honduras , Nicaragua, Panamá , México , Islas del Pacífico : Samoa Americana , Islas Marshall, Nueva Caledonia , Samoa , Tonga o América del Sur : Bolivia , Brasil , Colombia , Ecuador , Francés Guayana , Guyana , Paraguay , Surinam , Venezuela) | S | N |     |  |
| 26. Ha tenido contacto sexual con alguien que ha tenido ya sea el Virus del Zika o viajado a las áreas antes mencionadas, en los últimos 6 meses?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | S | N |     |  |
| <b>Preguntas adicionales de circunstancia única:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |   |     |  |
| 27. Ha estado alguna vez en o ha tenido contacto sexual con alguien Que nació en o vivido en algunos países de África ( <i>Camerún, República Centroafricana, Chad, Congo, Guinea, Ecuatorial, Gabón, Níger o Nigeria</i> ) después de 1987?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | S | N |     |  |
| 28. Ha recibido una transfusión de sangre o cualquier tratamiento Médico que involucro sangre en los países mencionados en la Pregunta 25?***                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | S | N |     |  |

\*\*\*Donantes respondiendo si a esta pregunta todavía pueden ser elegibles, dependiendo de más información, única para cada pregunta.

**Tiene alguno de los siguientes síntomas clínicos?**

| Síntoma                                                                                                                                     | Circule una respuesta a continuación para cada pregunta |   | Favor de describir |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---|--------------------|
|                                                                                                                                             | S                                                       | N |                    |
| Prueba anterior positivo/reactivo de VIH                                                                                                    | S                                                       | N |                    |
| Pérdida de peso inexplicable                                                                                                                | S                                                       | N |                    |
| Sudores nocturnos inexplicable                                                                                                              | S                                                       | N |                    |
| Manchas azules o moradas en la boca , la nariz o debajo de la piel                                                                          | S                                                       | N |                    |
| Ganglios linfáticos inflamados por menos de 1 mes                                                                                           | S                                                       | N |                    |
| Fiebre inexplicable durante más de 10 días                                                                                                  | S                                                       | N |                    |
| Tos persistente inexplicable                                                                                                                | S                                                       | N |                    |
| Falta de aliento inexplicable                                                                                                               | S                                                       | N |                    |
| Infecciones recurrentes , o erupción inexplicable o fiebre                                                                                  | S                                                       | N |                    |
| Diarrea persistente inexplicable                                                                                                            | S                                                       | N |                    |
| Manchas blancas persistentes inexplicables en la boca                                                                                       | S                                                       | N |                    |
| Prueba anterior positivo / reactivo de la hepatitis B o hepatitis C                                                                         | S                                                       | N |                    |
| Ictericia inexplicada (color de la piel amarillo )                                                                                          | S                                                       | N |                    |
| Hígado inflamado o tierno                                                                                                                   | S                                                       | N |                    |
| Diagnostico pasado de la Hepatitis viral                                                                                                    | S                                                       | N |                    |
| Tratamiento para el sífilis, clamidia o gonorrea en los últimos 12 meses                                                                    | S                                                       | N |                    |
| Vacunación reciente de la viruela                                                                                                           | S                                                       | N |                    |
| Enrojecimiento de la piel en el sitio de la vacunación                                                                                      | S                                                       | N |                    |
| Erupción generalizada                                                                                                                       | S                                                       | N |                    |
| Reacción adversa o complicaciones graves de la vacunación como la infección de la piel , infección en los ojos o cualquier inflamación      | S                                                       | N |                    |
| Combinación de fiebre, dolores de cabeza, dolor de cuerpo, dolor de ojos, erupción de la piel en el cuerpo o ganglios linfáticos inflamados | S                                                       | N |                    |
| Fiebre alta, rigidez en el cuello, temblores, desorientación o debilidad muscular                                                           | S                                                       | N |                    |
| Combinación de fiebre, aceleración del ritmo cardíaco, frecuencia respiratoria rápida o recuento de glóbulos blancos                        | S                                                       | N |                    |
| Prueba anterior positivo/reactivo de HTLV                                                                                                   | S                                                       | N |                    |
| Debilidad inexplicable de las extremidades inferiores                                                                                       | S                                                       | N |                    |
| Leucemia de células T del adulto                                                                                                            | S                                                       | N |                    |

Nombre en molde de donante

Firma

Fecha

Revisado y verificado por (SDFC)

Fecha