



FECHA	HORA CITACIÓN

NOMBRE COMPLETO (NOMBRES Y APELLIDOS)		RUT	FECHA NACIMIENTO
LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD)	NACIONALIDAD	ETNIA O PUEBLO ORIGINARIO	EDAD
DOMICILIO CALLE, N°, VILLA O POBLACIÓN, DEPTO, BLOCK		COMUNA	ACTIVIDAD O PROFESIÓN
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE	RUT PACIENTE	PARENTESCO CON EL PACIENTE

A continuación le haremos preguntas orientadas tanto a buscar enfermedades o tratamientos que podrían tanto impedir la donación, perjudicar la salud del paciente, como determinar que el proceso de donación sea seguro para usted.

ENTREVISTA	SI	NO	OBSERVACIONES
1. ¿Se siente bien de salud?			
2. ¿Ingerió algún alimento en las últimas 5 horas?			
3. ¿Durmio anoche? ¿Cuántas horas?			
4. ¿Ha bebido alcohol o fumado marihuana en las últimas 24 horas?			
5. ¿Ha donado sangre antes? ¿Dónde y cuándo fue la última vez?			
6. ¿Se ha sentido mal durante o después de la donación?			
7. ¿Ha sido rechazado alguna vez como donante de sangre o algún profesional de la salud le recomendó que no lo hiciera?			
8. ¿Ha tomado Aspirina o algún otro antiinflamatorio en los últimos 5 días?			
9. ¿Ha tenido fiebre, resfrío, vómitos o diarrea en las últimas dos semanas?			
10. ¿Tiene alguna herida o infección en la piel o mucosas?			
11. ¿Ha sido vacunado en las últimas 4 semanas?			
12. ¿Se ha vacunado contra la rabia en los últimos 12 meses?			
13. ¿Ha tenido algún cuadro infeccioso o ha estado en contacto con alguna persona con una enfermedad contagiosa: tuberculosis, hepatitis influenza o alguna peste, etc.?			
14. ¿Ha tenido atención dental en los últimos 7 días?			
15. ¿Ha ido al médico, matrona u otro profesional de la salud en los últimos 6 meses?			
16. ¿Se ha realizado algún examen de sangre, radiografía, endoscopia u otro en los últimos 6 meses? Por qué motivo?			
17. ¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad al corazón, pulmón, riñón, tiroides o tiene presión alta, diabetes, alergia severa, facilidad para sangrar u otra?			
18. ¿Ha sido hospitalizado u operado en los últimos 6 meses?			
19. ¿Toma algún medicamento de manera habitual?			
20. ¿Ha tomado algún medicamento para: próstata, acné, caída del cabello, micosis o antibióticos?			
21. ¿Ha sido transfundido en los últimos 12 meses?			
22. ¿Ha tenido cáncer alguna vez?			
23. ¿Ha tenido o tiene epilepsia, convulsiones o desmayos?			
24. ¿Ha recibido algún trasplante o injerto de tejido?			
25. ¿Ha recibido tratamiento con hormona del crecimiento antes del año 1985?			
26. ¿Ha viajado fuera de Chile en los últimos 12 meses? Ha residido fuera de Chile alguna vez? ¿Dónde y cuánto tiempo?			
27. ¿Ha tenido Malaria, Dengue, Zika o alguna otra fiebre tropical o ha presentado fiebre sin causa conocida durante o después de un viaje fuera de Chile?			
28. ¿Tiene historia familiar de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob o de las vacas locas?			
29. ¿Posee antecedentes familiares de Enfermedad de Chagas? ¿Conoce a la Vinchuca?			
30. ¿En los últimos 6 meses ha tenido embarazo, parto o aborto?			
31. Si usted es mujer: ¿ha tenido más de un embarazo?			
Con las siguientes preguntas en relación a su vida privada, buscamos conocer si usted ha estado en riesgo de contraer algunos de los siguientes virus: VIH, Hepatitis B, Hepatitis C o HTLV. A pesar de que su sangre será estudiada para la presencia de cada uno de ellos, existe un período llamado "de ventana serológica" en las primeras etapas de la infección, donde el virus está presente en su sangre pero no puede ser detectado.			
32. ¿En los últimos 6 meses se ha realizado: tatuaje, piercing, acupuntura, maquillaje permanente? ¿Ha sufrido algún pinchazo con aguja o jeringa con sangre?			
33. ¿Ha consumido o probado algún tipo de drogas como Marihuana, Cocaína, Pasta base u otra? ¿Cuál y Cuándo?			
34. ¿Se ha inyectado drogas no indicadas por un médico?			
35. ¿Ha compartido agujas o jeringas con otra persona?			
36. ¿En los últimos 6 meses ha tenido relaciones sexuales con una nueva persona?			
37. ¿Tiene o ha tenido enfermedad de transmisión sexual como: Sífilis, Gonorrea u otra? Debe saber que si alguna vez fue tratado para Sífilis, los exámenes que se realizan actualmente pueden resultar Reactivos.			
38. ¿Tiene o ha tenido Hepatitis B, Hepatitis C, VIH o HTLV?			
39. ¿Ha pagado o recibido dinero por tener relaciones sexuales en los últimos 12 meses?			
40. ¿Cree haber tenido alguna vez riesgo de infectarse con VIH?			
41. ¿Ha estado privado de libertad en los últimos 12 meses?			
42. ¿Viene a hacerse el examen para el VIH?			
43. En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales, aunque sea una vez, con una persona que:			
a. ¿Está infectada o es portador crónico del virus VIH o Hepatitis B o Hepatitis C o HTLV o Zika?			
b. ¿Ha utilizado por vía inyectable drogas o sustancias no prescritas por un médico?			
c. ¿Ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas?			
d. ¿Ha tenido relaciones sexuales con otra/otras personas aparte de usted?			
e. ¿Tiene o ha tenido enfermedad de transmisión sexual como Sífilis, Gonorrea u otra en los últimos 12 meses?			