

# Acuerdo de Servicios del Programa Sibling Connection de ViaCord



ViaCord's Newborn Stem Cell Donor Program

## FELICITACIONES

por elegir preservar

**las células madre del recién nacido de su bebé con el Programa Sibling  
Connection de ViaCord!**

Para completar el proceso, **por favor, IMPRIMA, FIRME y FECHÉ la página 12 que incluye la firma y Regrese todas las hojas de este Acuerdo de Servicios cuanto antes.** También incluya una copia firmada y fechada del **Cuestionario del historial médico** completo.

**Puede regresar los documentos por fax, correo postal o correo electrónico.**

**Opción 1: Envíe por fax** sus formularios completos a: **781-663-8099** (usando la hoja de Portada del fax que se incluye en este paquete)

**Opción 2: ENVÍE POR CORREO POSTAL** sus formularios completos a:

**ViaCord  
Attn: Sibling Connection  
940 Winter St.  
Waltham, MA 02451**

**Opción 3: ENVÍE POR CORREO ELECTRÓNICO** sus formularios completos a: [siblingconnection@viacord.com](mailto:siblingconnection@viacord.com)

# Acuerdo de Servicios del Programa Sibling Connection de ViaCord

## PORTADA DEL FAX

<i>Para:</i>	<b>ViaCord, Attn: Sibling Connection</b>
<i>Teléfono:</i>	<b>1-866-861-8435 ó 1-800-998-4226</b>
<i>Fax:</i>	<b>781-663-8099</b>
<i>De:</i>	
<i>Número de teléfono del remitente:</i>	
<i>Número de fax del remitente:</i>	
<i>Fecha:</i>	
<i>Páginas incluida la portada:</i>	
<i>Comentarios:</i>	

*Este facsímil contiene información privilegiada y confidencial destinada para el uso exclusivo del destinatario mencionado más arriba. Si usted no es el destinatario previsto, queda notificado por este medio que cualquier difusión o copia de este facsímil está estrictamente prohibida. Si ha recibido este facsímil por error, notifique de inmediato a la oficina que lo transmitió por teléfono al **(866) 861-8435 ó (800) 998-4226** y regrese el facsímil original a la oficina que lo transmitió a **ViaCord, Attn: Sibling Connection, 940 Winter St., Waltham, MA 02451** a través del Servicio Postal Estadounidense. Esta información le ha sido divulgada de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal y federal. Es posible que se prohíba cualquier otra divulgación de esta información sin el consentimiento escrito previo de la persona a la cual pertenece.*

# Acuerdo de Servicios del Programa Sibling Connection de ViaCord



ViaCord's Newborn Stem Cell Donor Program

## Introducción

Este Acuerdo de Servicios es entre ViaCord, LLC y usted. El servicio de ViaCord cubre la extracción, el procesamiento y el almacenamiento de células madre del cordón umbilical.

Este acuerdo abarca los materiales de extracción y las pruebas, procesamiento, criopreservación, almacenamiento y potencial liberación de las células madre de la sangre del cordón umbilical después de dar a luz a su hijo para el posible beneficio de un hermano del niño.

## Términos clave

Los siguientes términos se usarán a lo largo de todo este acuerdo:

- **Acuerdo** se refiere a este Acuerdo de Servicios de ViaCord.
- **ViaCord** se refiere a ViaCord, LLC.
- **Madre / Padre(s)** se refiere a usted(es), la(s) persona(s) que es / son parte de este acuerdo.
- **Servicios** se refiere a las pruebas, procesamiento, criopreservación y almacenamiento de las Células madre del recién nacido.
- **Células madre del recién nacido** se refiere a las células madre de la sangre del cordón umbilical, que se encuentran en el cordón umbilical del niño que se está dando a luz.
- **Hijo** se refiere al bebé que se está dando a luz y cuyas Células madre del recién nacido están sujetas a este Acuerdo.
- **Partes** se refiere a usted, la Madre / el(los) Padre(s), y ViaCord.
- **VPL** se refiere al Laboratorio de procesamiento de ViaCord.
- **Kit de extracción** se refiere al recipiente que contiene los materiales necesarios para la extracción y el traslado de las Células madre del recién nacido.
- **Hermanos** se refiere a un niño que comparte dos padres biológicos con el Hijo, por ej., hermana o hermano de padre y madre.
- El **Programa Sibling Connection** se refiere al programa de donación directa de ViaCord para familias, sin importar su situación financiera.
- **Término** se refiere al plazo que comienza con la fecha de nacimiento del Niño y que concluye el quinto cumpleaños del Niño.

## Responsabilidades del(los) Padre(s)

Reconozco y acuerdo que soy responsable de lo siguiente:

### **Antes del gran día**

- Confirmar que la afección del Hermano califica como uno de los diagnósticos elegibles. La lista de diagnósticos elegibles está disponible en el sitio web de ViaCord en <http://www.viacord.com/about/giving-back/sibling-connection-program/>.
- Autorizar al médico interviniente del Hermano a divulgar información médica relevante para que el Niño califique para la inscripción en el Programa Sibling Connection en el Formulario de remisión médica.
- Regresar el Formulario de remisión médica completado por el médico que atiende al Hermano con la afección calificada.

# Acuerdo de Servicios del Programa Sibling Connection de ViaCord

- Leer, completar y firmar este Acuerdo, y regresarlo a la mayor brevedad posible a **ViaCord, Attn: Customer Service, 940 Winter St., Waltham, MA 02451; o enviarlo por Fax al 781-663-8099, o por correo electrónico a [csr@viacord.com](mailto:csr@viacord.com).**
- Leer, completar y firmar el Cuestionario del historial médico y regresarlo a ViaCord antes del parto. El Cuestionario del historial médico es un documento importante que ViaCord está obligado legalmente a tener archivado para la potencial liberación de las Células madre del recién nacido en caso de que sean necesarias para un tratamiento.
- Controlar la fecha de vencimiento en el Kit de extracción. Si el Kit de extracción ha vencido o es probable que venza antes de su fecha de parto, llame a ViaCord al **800-998-4226** para pedir un nuevo Kit de extracción e instrucciones sobre cómo devolver el kit vencido.
- Conservar el Kit de extracción en un sitio fresco y seco, junto con su bolso del hospital.

## **Antes del parto**

- Informar al médico/la partera sobre mi plan de extraer Células madre del recién nacido para el beneficio del Hermano del Niño.
- Llevar el Kit de extracción al hospital el día del parto.
- Entregar el Kit de extracción a mi médico/partera.
- Informar al personal de Trabajo de Parto y Parto que se deberá extraer sangre del cordón umbilical.
- Notificar al personal de Trabajo de parto y parto que deberá extraerse e incluirse la muestra de sangre materna en el Kit de extracción.
- Si cambia mi personal de Trabajo de parto y parto, informaré al personal nuevo sobre la extracción de células madre del recién nacido.

## **Después del parto**

- Luego de haberse completado la extracción de muestras de sangre materna y Células madre del recién nacido, seguir las instrucciones incluidas en el Kit de extracción para inspeccionar la bolsa de sangre del cordón umbilical y 3 viales de sangre materna para detectar fugas u otros defectos.
- Comunicarse con ViaCord después de la extracción de las Células madre del recién nacido en un plazo de dos (2) horas a partir de la extracción a fin de que ViaCord pueda gestionar el traslado del Kit de extracción al VPL. Esto permitirá una recuperación y viabilidad óptimas.
- Durante mi llamada al Servicio al Cliente de ViaCord, que durará aproximadamente 5 a 10 minutos, acuerdo repasar los contenidos del Kit de extracción antes de sellar y responder a cualquier pregunta de seguimiento relativa al Cuestionario del historial médico.
- Conservar el Kit de extracción a temperatura ambiente y cercano hasta que llegue el transporte médico.
- Notificar a ViaCord sobre cualquier cambio en mi información de contacto o pago mientras este Acuerdo tenga vigencia.
- Mantener al día a ViaCord sobre cualquier información médica relevante sobre el Niño o el Hermano.

## **Responsabilidades de ViaCord**

ViaCord es responsable de lo siguiente:

- Revisar el Formulario de remisión médica del Hermano para determinar la elegibilidad del Niño en el Programa Sibling Connection.
- Al ser aceptado en el Programa Sibling Connection, entregarle un Kit de extracción para que lo lleve el día del parto, el cual incluye materiales instructivos para el médico / la partera que realizarán la extracción de Células madre del recién nacido.
- Gestionar que un transporte médico traslade el Kit de extracción al VPL al recibir su llamada luego de dar a luz a su Hijo, y la extracción de las Células madre del recién nacido y las muestras de sangre materna.

## **Traslado del Kit de extracción**

# Acuerdo de Servicios del Programa Sibling Connection de ViaCord

- Ningún servicio de transporte puede garantizar que el Kit de extracción llegue al VPL sin retraso, pérdida o daño durante el tránsito, sin embargo, el transporte médico que contrata ViaCord es un proveedor de servicios de transporte para industrias que requiere un tiempo de entrega inmediato y manipulación especializada de órganos para trasplantes y productos sanguíneos.
- El proveedor del servicio de transporte utiliza transportes locales y los siguientes métodos de transporte para llevar su Kit de extracción al VPL con la mayor seguridad y celeridad posibles: flotas de jets privados, transporte terrestre y transportes aéreos comerciales.
- Ni el servicio de transporte ni ViaCord garantizan que el Kit de extracción llegue al VPL sin retraso, pérdida o daño en el tránsito. **Asimismo, ViaCord no acepta responsabilidad por fallas al almacenar en el banco las Células madre del recién nacido debido a problemas de transporte.**
- ViaCord no asegura las Células madre del recién nacido contra riesgo de pérdida o daño mientras están en tránsito hacia el VPL o en cualquier momento posterior. Si usted desea obtener dicho seguro, debe hacerlo por separado, asumiendo su propio gasto financiero.
- Probar las muestras de sangre materna para detectar ciertas enfermedades infecciosas, incluidas sin restricción el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) tipo 1 y 2, el virus de la hepatitis B, el virus de la hepatitis C, el virus linfotrópico de células T humanas (VLTH) tipo I y II, el citomegalovirus (CMV), la sífilis y cualquier otra enfermedad infecciosa relevante, conforme lo exige la ley.
- Los especialistas del laboratorio en el VPL probarán una pequeña muestra de las Células madre del recién nacido de mi Hijo para caracterizar las células madre, por ejemplo: determinar cuántas células nucleadas en total (TNC, por sus siglas en inglés) se extrajeron; desarrollar la viabilidad de las células, el recuento de células CD34+, y cultivos microbianos para detectar elementos bacterianos y micóticos con el fin de determinar la calidad de las Células madre del recién nacido, conforme lo exige la ley.
- Procesar, probar, criopreservar y almacenar las Células madre del recién nacido en un área segura, conforme lo exige la ley.
- Una vez que las Células madre del recién nacido se hayan procesado y almacenado en forma exitosa, ViaCord le enviará un Certificado de Preservación y una Carta con los resultados que incluye el recuento de TNC y el volumen extraído para las células madre de la sangre del cordón umbilical.
- Almacenar las Células madre del recién nacido por el Término de cinco años, a partir del nacimiento del Niño sin cargo para el/los Padre(s).

## De qué modo se comunica ViaCord con usted

ViaCord se enorgullece de forjar relaciones sólidas con sus clientes.

A fin de mantener estas relaciones, es posible que ViaCord se comunique con usted respecto de sus Servicios y novedades sobre nuevas investigaciones y tratamientos. ViaCord utiliza diversas formas de comunicación, tales como:

- Teléfono
- Correo Postal
- Fax
- Correo electrónico
- Mensajes de texto; podrían aplicarse tarifas estándar de mensajería de texto.

Para que ViaCord se comunique de la manera más eficaz, asegúrese de que su información esté actualizada. Ante cualquier cambio en su información, sírvase comunicarse con el Servicio al Cliente al **(866) 861-8435 ó 800-998-4226**.

# Acuerdo de Servicios del Programa Sibling Connection de ViaCord

## Consentimiento informado del/los padre(s)

*TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Los padres menores de 21 años de edad deberán completar y regresar un formulario adicional.*

Opto por almacenar de manera privada en un banco las Células madre del recién nacido de mi Hijo con ViaCord; he leído y comprendo mis responsabilidades y las Responsabilidades de ViaCord que se detallan más arriba y por el presente autorizo a mi médico / partera a extraer, y a ViaCord a procesar y almacenar las Células madre del recién nacido de mi Hijo después del parto. Tengo al menos 21 años de edad y legalmente puedo celebrar un contrato con ViaCord. Más abajo se brinda información importante que necesito repasar y comprender sobre los riesgos y beneficios involucrados en el proceso de extracción, procesamiento y almacenamiento de Células madre del recién nacido.

Comprendo que tengo las siguientes opciones con respecto a las Células madre del recién nacido de mi Hijo:

- 1) Descartar las Células madre del recién nacido como desecho médico.
- 2) Donar la sangre del cordón umbilical de mi Hijo a un banco público, en caso de estar disponible.
- 3) Almacenar de manera privada las Células madre del recién nacido.

Comprendo que existen beneficios y riesgos asociados a la extracción de Células madre del recién nacido de mi Hijo. Comprendo que las Células madre del recién nacido se están almacenando para un posible uso terapéutico por parte del Hermano del Niño. Comprendo que el Almacenamiento de células de la sangre del cordón umbilical en un banco no garantiza que las células madre del cordón umbilical sean adecuadas para todos los tratamientos, ni que dichos tratamientos resulten, y sólo un médico podrá determinar cuándo se puede usar.

- **Proceso de extracción para el almacenamiento de sangre del cordón umbilical en un Banco**  
El proceso de extracción para el Banco de sangre del cordón umbilical es sencillo e indoloro y no debe interferir con el parto ni el cuidado subsiguiente de mi Hijo. Este procedimiento es indoloro y no invasivo para el Hijo.  
Luego de dar a luz al Hijo, pero antes de expulsar la placenta, el médico / la partera limpiará un área de cuatro a ocho pulgadas del cordón umbilical con solución antiséptica e introducirá la aguja de la bolsa de sangre en la vena del cordón umbilical. La sangre fluye hacia el interior de la bolsa por gravedad hasta que se detiene, luego de lo cual se completa la extracción. La bolsa de sangre se sujeta con abrazaderas, anuda, sella y rotula. La extracción suele demorar dos a cuatro minutos.
- **Cómo preparar las Células madre del recién nacido de su Hijo para su almacenamiento**  
En el VPL, los especialistas del laboratorio procesan la sangre del cordón umbilical como preparación para un almacenamiento a largo plazo.  
Cuando se completa el procesamiento de las Células madre del recién nacido, los especialistas del laboratorio transfieren las Células madre del recién nacido a bolsas de criopreservación listas para trasplantes para su criopreservación.  
Luego, las bolsas de criopreservación se congelan y almacenan a una temperatura de -150 grados centígrados o inferior en un congelador de almacenamiento que está protegido y alojado en una bóveda de almacenamiento resistente a climas extremos del VPL donde la temperatura de almacenamiento del congelador se monitorea continuamente para detectar incluso el cambio más pequeño.

Comprendo que, si bien es poco frecuente, podrían ocurrir complicaciones en el nacimiento y que no le resulte posible al médico / la partera intervinientes extraer las Células madre del recién nacido de mi Hijo. Asimismo, es posible que las Células madre del recién nacido se contaminen durante el proceso de extracción. Mi salud y la de mi Hijo son las primeras prioridades del médico / la partera. Si ocurriese

# Acuerdo de Servicios del Programa Sibling Connection de ViaCord

cualquier complicación durante el nacimiento, el médico / la partera interviniente podría optar por no extraer las Células madre del recién nacido.

- **Idoneidad de las Células madre del recién nacido para el almacenamiento**

Al llegar al VPL, las muestras de todas las Células madre del recién nacido se probarán para detectar contaminación microbiana que pudiera afectar la decisión del médico de usar las Células madre del recién nacido para un trasplante u otras formas de tratamiento. ViaCord mantendrá muestras adicionales de las Células madre del recién nacido en almacenamiento para posibles pruebas futuras. Reconozco y acuerdo que, dado que es posible que un médico quiera tener la opción de probar y usar las Células madre del recién nacido, más allá del estatus de contaminación, ViaCord almacenará todas las Células madre del recién nacido, sin importar la presencia de organismos microbianos, sin previo aviso al /a los Padre(s), a menos que la salud de la madre y/o del Niño esté potencialmente en riesgo y/o que el Director Médico de ViaCord determine que la notificación sea apropiada.

Para aquellos padres que han adquirido el producto Newborn DNA Guardian<sup>SM</sup> de ViaCord, ViaCord almacenará una tarjeta con gotas de sangre seca adicional para futuras pruebas genéticas.

Además de probar las muestras de Células madre del recién nacido, también se probarán las muestras de sangre materna para detectar VIH o ciertas otras enfermedades contagiosas, conforme lo exija la ley. Asimismo, reconozco y acuerdo que, dado que es posible que un médico quiera tener la opción de probar y usar Células madre del recién nacido más allá de la presencia de una enfermedad contagiosa en la muestra de sangre materna, ViaCord almacenará todas las Células madre del recién nacido, salvo en situaciones en las cuales se confirme el resultado positivo de VIH en las pruebas, o si hay una respuesta afirmativa en el Cuestionario del historial médico, sin importar la presencia de cualquier otra enfermedad contagiosa del estilo en la muestra de sangre materna, sin aviso previo al / a los Padre(s).

Dado que se anticipa que las Células madre del recién nacido se usarán en el trasplante, el/los Padre(s) reconocen y acuerdan que ViaCord tiene permiso para divulgar los resultados de las pruebas y demás información relacionada con la sangre materna y/o Células madre del recién nacido a proveedores de atención médica en el cuidado del Hermano que será el posible receptor del trasplante de células madre del recién nacido. El/los Padre(s) comprende(n) que ViaCord acuerda proteger la información de salud identificable usando y divulgándola sólo para los efectos autorizados en este Acuerdo o conforme lo exija la ley. Esta limitación sobrevivirá a la cancelación o cese del Acuerdo.

El almacenamiento de las Células madre del recién nacido no garantiza la idoneidad de las Células madre del recién nacido para ninguno ni todos los tipos de usos futuros. La liberación de las Células madre del recién nacido podría estar prohibida por la ley federal y/o estatal debido al estatus de contaminación, la presencia de una enfermedad contagiosa en la muestra de sangre materna o por cualquier otro motivo. En caso de que las Células madre del recién nacido estén disponibles para su uso, sólo el Director Médico de ViaCord y un médico calificado pueden decidir si el uso de las Células madre del recién nacido sopesa cualquier posible riesgo médico.

*[Nota: Residentes de Nueva York solamente. Es un requisito del Departamento de Salud del Estado de Nueva York que las Células madre del recién nacido se congelen en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas a partir de la extracción. Si las Células madre del recién nacido no se congelan dentro de las cuarenta y ocho horas, el Director Médico de ViaCord deberá autorizar específicamente el almacenamiento de las Células madre del recién nacido.]*

Comprendo que ViaCord podría optar por no procesar ni almacenar las Células madre del recién nacido por cualquiera de los siguientes motivos, incluidos sin restricción los siguientes: bajo volumen o bajo peso de las Células madre del recién nacido, técnica inapropiada de extracción, manipulación y envío

# Acuerdo de Servicios del Programa Sibling Connection de ViaCord

inapropiados o inoportunos de las Células madre del recién nacido, o que yo no llame a ViaCord por el servicio de traslado **en un plazo de dos (2) horas después de mi parto**.

Si ViaCord decide no proceder con el almacenamiento de las Células madre del recién nacido por cualquier motivo, me lo notificarán de manera oportuna.

Comprendo y acuerdo que los resultados de las pruebas de las Células madre del recién nacido se podrían usar con fines de control de calidad y para análisis y en publicaciones, siempre que se anexen con otros datos y que no contengan ninguna información identificativa.

## **Autoridad para la toma de decisiones en cuanto a las Células madre del recién nacido**

La titularidad de las Células madre del recién nacido es una cuestión legal que se podría determinar en acuerdo con las leyes de diversas jurisdicciones. Si bien ViaCord actúa solamente en capacidad de un proveedor de servicios y no se compromete a resolver problemas de titularidad legal, el enfoque de ViaCord consiste en aceptar las Células madre del recién nacido de mi parte como el/los tutor(es) legal(es) de mi Hijo. Ante la falta de este Acuerdo, ViaCord no afirmará ningún derecho con relación a la disposición de las Células madre del recién nacido.

Como tutor(es) legal(es), soy responsable de actuar en nombre de mi Hijo hasta que alcance la mayoría de edad, la cual podría variar según el estado de residencia y otras leyes y disposiciones con vigencia en ese momento. Como proveedor del servicio de los servicios de almacenamiento en bancos, comprendo que ViaCord actuará de la siguiente manera, durante cualquier período en el que se presten los servicios del banco:

ViaCord tendrá derecho a confiar en mis instrucciones sobre la disposición de las Células madre del recién nacido, cambios en la información de contacto y/o cualquier otro requerimiento para los Servicios conforme a este acuerdo.

En caso de que desee ceder los derechos y obligaciones bajo este Acuerdo a un tercero, incluido mi Hijo (si es que alcanzó la mayoría de edad a los efectos de la formación del contrato), este tercero deberá firmar un nuevo Acuerdo de Servicios con ViaCord para confirmar su comprensión y aceptación de los términos y condiciones de los Servicios.

Comprendo que una vez que ceda los derechos y obligaciones bajo este Acuerdo a un tercero, este Acuerdo se volverá nulo y carente de validez.

Luego de que el Niño alcance la mayoría de edad, puedo continuar pagando los cargos de almacenamiento para el beneficio de mi Hijo, siempre que no existan instrucciones escritas que indiquen lo contrario por parte de mi Hijo.

Cuando mi Hijo alcance la mayoría de edad, mi Hijo podría reivindicar reclamaciones de titularidad sobre las Células madre del recién nacido, pero deberá firmar el nuevo Acuerdo de Servicios, como se indica más arriba.

En caso de una disputa entre mi persona y cualquier tercero, incluido mi Hijo, sobre la titularidad de las Células madre del recién nacido, ViaCord continuará brindando servicios de almacenamiento en el banco, siempre que se hayan efectuado y continúen efectuándose todos los pagos, hasta el momento en el que se le presente a ViaCord una orden judicial final que obligue a cambiar la titularidad. En dicho momento, el nuevo titular tendrá la oportunidad de firmar un nuevo Acuerdo de Servicios o, de otro modo, dar instrucciones a ViaCord para discontinuar los servicios del banco.



# Acuerdo de Servicios del Programa Sibling Connection de ViaCord

A falta de instrucciones contrarias de parte mía o de una orden judicial final, siempre que los cargos del servicio del banco continúen pagándose, las Células madre del recién nacido estarán sujetas al Acuerdo de Servicios.

Comprendo que se me permite pedir que las Células madre del recién nacido sean trasladadas a otro banco de sangre del cordón umbilical siempre que el otro banco de sangre del cordón umbilical esté aprobado por la FDA para recibir las Células madre del recién nacido y que se cumplan todas las disposiciones estatales y federales. Comprendo que soy responsable de todos los gastos de envío y del cargo administrativo si traslado las Células madre del recién nacido a otro banco de sangre del cordón umbilical calificado. Comprendo que para trasladar las Células madre del recién nacido deberé firmar el Acuerdo de Servicios de ViaCord.

**Comprendo que tengo derecho a que se respondan mis preguntas y a recibir una copia de este consentimiento. Si tengo preguntas sobre este Acuerdo, puedo comunicarme con el Servicio al Cliente de ViaCord al (866) 861-8435 ó 800-998-4226.**

Comprendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento para extraer, procesar y almacenar las Células madre del recién nacido de mi Hijo antes de la extracción, procesamiento y/o almacenamiento de Células madre del recién nacido enviando una carta firmada de revocación por correo, fax o correo electrónico a **ViaCord, Attn: Customer Service, 940 Winter St., Waltham, MA 02451** Fax: **781-663-8099**, o correo electrónico: [csr@viacord.com](mailto:csr@viacord.com). Comprendo que si revoco mi consentimiento, dejaré de calificar para el Programa Sibling Connection de ViaCord.

## **Pedido de uso de Células madre del recién nacido para un tratamiento o ensayo clínico**

**ViaCord debe tener archivados un Acuerdo celebrado y un Cuestionario sobre el historial médico materno a fin de liberar las Células madre del recién nacido para su uso en un tratamiento.** En caso de que las Células madre del recién nacido sean requeridas para un trasplante, ViaCord exige la autorización y Consentimiento informado de al menos uno de los Padres para liberar las Células madre del recién nacido, así como un pedido escrito de un médico calificado para realizar un trasplante de células madre. Las Células madre del recién nacido sólo se podrán usar para el trasplante del Niño o un pariente de sangre de primer o segundo grado con algunas excepciones. El Director Médico de ViaCord, junto con el médico interviniente, son responsables de la determinación de elegibilidad y aceptabilidad del donante de las Células madre del recién nacido en el trasplante solicitado antes de liberar la unidad, salvo en situaciones de Necesidad Médica Urgente, en cuyo caso, la determinación de elegibilidad del donante podría efectuarse después de liberar las Células madre del recién nacido. ViaCord sólo liberará las Células madre del recién nacido de acuerdo a las disposiciones federales y estatales. Si las Células madre del recién nacido califican para un trasplante, ViaCord enviará las Células madre del recién nacido al centro identificado. Si las Células madre del recién nacido se liberan para el tratamiento del Hermano, ViaCord le cobrará al centro del trasplante los honorarios relacionados con la liberación de las Células madre del recién nacido.

## **Pago de los servicios**

El/los Padre(s) no es/son responsable(s) de ningún cargo relacionado con el procesamiento, extracción, almacenamiento o liberación de las Células madre del recién nacido durante el Término del Programa Sibling Connection.

- Comprendo que si deseo continuar el almacenamiento de las Células madre del recién nacido más allá del Término del Programa Sibling Connection, soy responsable del pago de honorarios por almacenamiento. ViaCord garantiza que el/los cargo(s) de almacenamiento por los Servicios no cambiará durante veinticinco (25) años a partir de la caducidad del Término.

# Acuerdo de Servicios del Programa Sibling Connection de ViaCord

- Comprendo que ViaCord no es responsable de reembolsarme ningún cargo, incluidos los cargos que mi médico, partera o demás profesional médico pudieran cobrarme por la extracción de Células madre del recién nacido.
- Comprendo que ViaCord podría reembolsar a un médico la extracción de Células madre del recién nacido, y yo puedo preguntarle a mi médico o proveedor de atención médica si ViaCord le reembolsa la extracción de Células madre del recién nacido de mi Hijo.
- Reconozco y acuerdo que soy el máximo responsable del pago de los honorarios de almacenamiento por las Células madre del recién nacido más allá del Término del Programa Sibling Connection, a menos que decida concluir el Acuerdo antes de la fecha del quinto (5°) cumpleaños del Niño.

ViaCord acuerda aceptar pagos de terceros en mi nombre para el almacenamiento continuado de las Células madre del recién nacido más allá del Término del Programa Sibling Connection. El tercero pagador no tiene ningún derecho sobre las Células madre del recién nacido, y ViaCord no aceptará instrucciones sobre las Células madre del recién nacido de ningún tercero, salvo de aquellos terceros que hayan asumido los derechos y obligaciones bajo una cesión apropiada de este Acuerdo.

## **Terminación de este Acuerdo**

Este Acuerdo podría cancelarse en cualquier momento mediante una comunicación con ViaCord, más allá de si mi Hijo aún es menor o ha alcanzado la mayoría de edad.

- En caso de que desee continuar los Servicios y que mi cuenta esté al día, acepto firmar el Acuerdo de Terminación de ViaCord y presentar una prueba de mi identidad.
- En el caso de que desee discontinuar los Servicios, puedo donar las Células madre del recién nacido a la investigación de ViaCord, o bien puedo pedir a ViaCord que destruyan las Células madre del recién nacido de acuerdo al procedimiento operativo estándar de ViaCord, el cual podría permitir que ViaCord posponga la destrucción de las Células madre del recién nacido para más adelante.
- Si le indico a ViaCord que destruya las Células madre del recién nacido, estas no se usarán para ningún fin durante el período previo a la destrucción, incluido sin restricción cualquier propósito terapéutico o de investigación.

En caso de que desee trasladar las Células madre del recién nacido a otra entidad apropiada (por ejemplo, un banco de sangre del cordón umbilical) y que mi cuenta esté al día, acuerdo informar al Servicio al Cliente de ViaCord por escrito sobre mi pedido de traslado.

- Al recibir este pedido, ViaCord me comunicará todos los requisitos del traslado.
- Si decido transferir las Células madre del recién nacido durante el Término del Programa Sibling Connection, ViaCord podría cobrarme la extracción, procesamiento y almacenamiento de las Células madre del recién nacido.

## **Descargo, limitación de responsabilidad e indemnización**

Comprendo que ViaCord no ofrece representaciones ni garantías con respecto al éxito de la extracción, el traslado, las pruebas, el procesamiento, la criopreservación o el proceso de almacenamiento.

Comprendo que diversos factores externos tales como retrasos en el transporte, climas extremos y extracción inapropiada escapan el control de ViaCord, y acuerdo eximir a ViaCord de toda responsabilidad por cualquier deterioro o degradación de las Células madre del recién nacido que sea atribuible a dichos factores externos.

Comprendo y acuerdo que ViaCord no acepta ninguna responsabilidad por ningún incumplimiento de sus obligaciones u otros actos u omisiones por parte propia o de terceros, tales como el médico/partera, centro

# Acuerdo de Servicios del Programa Sibling Connection de ViaCord

médico, personal médico y transportistas de las Células madre del recién nacido. Comprendo que el médico/partera interviniente de ningún modo actúa como agente para ViaCord.

Comprendo que tanto los Servicios y cualquier eventual trasplante o demás procedimiento médico que se pudieran usar en relación con las Células madre del recién nacido implican nuevas técnicas y procedimientos, y que no existe garantía ni seguridad de un resultado exitoso en caso de que se necesiten usar las Células madre del recién nacido.

En este acto, eximo a ViaCord y a sus funcionarios, directores, empleados, agentes, afiliados, herederos y cesionarios, de toda responsabilidad por toda pérdida, perjuicio, daño o reclamo de cualquier tipo relacionado con los Servicios de ViaCord.

Comprendo y acuerdo que estoy renunciando a ciertos derechos que de otro modo podría tener, ahora o en el futuro, a demandar o de otro modo intentar obtener una indemnización monetaria u otra compensación contra ViaCord por cualquier motivo relacionado con los Servicios además de las compensaciones detalladas en este Acuerdo, si las hubiere.

Comprendo que ViaCord no será responsable del incumplimiento de este acuerdo (incluida la pérdida o destrucción de las Células madre del recién nacido) en caso de fuerza mayor, lo cual podría incluir, sin restricción, desastres naturales, huelgas, actos fortuitos, guerras, apagones no temporales, ataques terroristas y disposiciones gubernamentales.

## **Confidencialidad de la información de salud**

Se mantendrá la confidencialidad apropiada para todos los expedientes de pacientes relativos a los Servicios. ViaCord podría tener que divulgar o poner a disposición información sobre ciertos resultados positivos en pruebas, tales como VIH, SIDA, hepatitis C u otras enfermedades infecciosas a las agencias del gobierno federal, estatal o local. Para obtener más información sobre la Política de Privacidad de ViaCord, visite [www.viacord.com/privacy-policy/index.aspx](http://www.viacord.com/privacy-policy/index.aspx).

## **Resolución de disputas**

Este Acuerdo estará regido por y será interpretado de acuerdo a las leyes de la Commonwealth de Massachusetts, sin dar efecto a conflictos de leyes, normas o principios. Este Acuerdo ha sido preparado en idioma inglés, y el idioma inglés regirá su interpretación. En caso de que todas las preguntas, disputas o diferencias que pudieran surgir entre las Partes de este Acuerdo no se pudieran resolver en forma amigable entre las Partes, estas se remitirán a un arbitraje a celebrarse en Boston, Massachusetts, de acuerdo a las Normas de Arbitraje Comercial de la Asociación Americana de Arbitraje, cuyas normas se considera que deben incorporarse como referencia a esta Sección. La decisión del árbitro será final y vinculante para las Partes, y fijará la única y exclusiva compensación para estas. El juicio por el fallo dictado se podría celebrar en cualquier corte con jurisdicción, o bien se podría efectuar la solicitud ante tal corte para obtener una aceptación judicial del fallo u órdenes de ejecución.

## **Totalidad del Acuerdo**

Este Acuerdo contiene la totalidad del acuerdo entre las Partes con respecto a los Servicios y suplanta a todos y cada uno de los acuerdos y entendimientos previos, tanto escritos como orales.

## **Divisibilidad**

Las disposiciones de este Acuerdo se pueden dividir. Si se determina que alguna parte o porción de este Acuerdo es inválida o inejecutable, dicha disposición será modificada de forma tal que sea válida y ejecutable, y este Acuerdo de otro modo permanecerá vigente.

# Acuerdo de Servicios del Programa Sibling Connection de ViaCord

Ante cualquier pregunta con respecto a este Acuerdo, comuníquese con el Servicio al Cliente de ViaCord al (866) 861-8435 ó 800-998-4226.

*He leído y comprendo la información contenida en el Acuerdo, incluido el Consentimiento informado. Todas mis preguntas con respecto a los Servicios de ViaCord han sido respondidas de manera satisfactoria. Certifico que toda la información que he provisto a ViaCord es verídica y correcta a mi leal saber y entender. He firmado este Acuerdo de manera libre y voluntaria.*

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/la Madre (obligatorio)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/de la Madre (obligatorio)

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa) (obligatorio)

\_\_\_\_\_  
Nombre del otro padre (opcional)

\_\_\_\_\_  
Firma del otro padre (opcional)

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa) (obligatorio)

Le recomendamos que haga una copia del Acuerdo de Servicios y el cuestionario completos para sus registros.

# CUESTIONARIO DEL HISTORIAL MÉDICO DEL PROGRAMA SIBLING CONNECTION

## *Madre*



ViaCord's Newborn Stem Cell Donor Program

Por favor, complete, revise, firme y regrese todas las páginas de este Cuestionario del historial médico a ViaCord cuanto antes.

### ¿Por qué completar su Cuestionario del historial médico es tan importante?

- Sin esta información, ViaCord no podrá liberar las Células madre del recién nacido de su Hijo para uso terapéutico en el futuro.
- Esta información es obligatoria para el posible uso terapéutico de Células madre del recién nacido por parte de su Hijo o de un familiar, como por ejemplo uno de los padres, hermanos, hijos, abuelos, tíos o sobrinos.
- ViaCord tiene la obligación impuesta por disposiciones Federales de hacer preguntas para evaluar el posible riesgo de exposición a ciertas enfermedades infecciosas.

### Quién debe completar este formulario:

- La **Madre biológica** debe completar todas las secciones de este formulario.
- Excepto para los residentes de Nueva York, la compleción del cuestionario del historial médico es opcional para el **Padre biológico**. Hay un formulario separado para que completen los Padres. (El Departamento de Salud del Estado de Nueva York exige que obtengamos el historial médico del **Padre biológico**, a menos que esté no se encuentre disponible).
- Cada persona debe completar su propio cuestionario por separado.

### Qué necesita saber antes de completar este Formulario:

- El Cuestionario del historial médico que figura más abajo contiene preguntas similares a las que se formulan cuando alguien dona sangre.
- Además, contiene preguntas sobre sus conductas e historial de viajes, las cuales usted podría considerar delicadas y de naturaleza personal.
- Cada pregunta deberá ser respondida de la mejor manera posible con un "SÍ" o un "NO". Algunas preguntas exigen información adicional. **No deje ninguna pregunta en blanco.**
- La información provista es **confidencial** y sólo será compartida con usted, su médico, el médico del Niño o el médico del Hermano.
- ViaCord podría tener que divulgar o poner a disposición información sobre ciertos resultados positivos en pruebas, tales como VIH, SIDA, Hepatitis C u otras enfermedades infecciosas a las agencias del gobierno federal, estatal o local.
- A la madre biológica se le pedirá que preste su consentimiento para una muestra de sangre materna.
- Consulte los Apéndices para conocer las Opciones de envío, Definición de términos, Lista de medicamentos, Lista de definición de países y Lista de vacunas/inmunizaciones.

# CUESTIONARIO DEL HISTORIAL MÉDICO DEL PROGRAMA SIBLING CONNECTION

## *Madre*

INFORMACIÓN DE MADRE/PADRE			
<b>Cómo se llama tu madre</b> <small>(apellido, nombre, inicial del segundo nombre):</small>		<b>Fecha de nacimiento de la madre:</b>	<b>Apellido de soltera</b>
<b>Teléfono particular:</b>	<b>Teléfono celular:</b>	<b>Correo electrónico:</b>	
<b>Dirección particular</b> <small>(calle, ciudad, código postal):</small>	Calle: Ciudad: Estado: Código postal:		
<b>Estado civil</b> <small>(solo para residentes de NY):</small>	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda		
<b>Nombre completo de madre/padre adicional</b> <small>(apellido, nombre, inicial del segundo nombre):</small>			
<b>Fecha de parto prevista:</b>			
<b>¿Ha usado el banco de ViaCord anteriormente?</b>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<b>De ser así, ¿cuándo?</b>	
INFORMACIÓN DE CUIDADO DE OBSTETRICIA/PARTO			
Nombre de obstetra/partera-enfermera certificada:	<b>Teléfono de obstetra/partera-enfermera certificada:</b>	<b>Fax de obstetra/partera-enfermera certificada:</b>	
	<b>Dirección de obstetra/partera-enfermera certificada</b> <small>(calle, ciudad, código postal):</small>		
Hospital en donde será el parto:	<b>Teléfono del hospital:</b>	<b>Teléfono de Trabajo de parto y Parto:</b>	
	<b>Dirección del hospital</b> <small>(calle, ciudad, código postal):</small>		
INFORMACIÓN DEL POSIBLE RECEPTOR			
<b>Nombre del posible hermano receptor:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Diagnóstico:</b>			
<b>Nombre del médico que lo atiende:</b>		<b>Número de teléfono del médico que lo atiende:</b>	
<b>Dirección del médico</b> <small>(calle, ciudad, código postal):</small>		<b>Número de fax del médico:</b>	

# CUESTIONARIO DEL HISTORIAL MÉDICO DEL PROGRAMA SIBLING CONNECTION

## Madre

\*\*\*Llame al (866) 861-8435 si necesita ayuda para completar este formulario\*\*\*

### HISTORIAL MÉDICO

<b>Estado de salud actual de la madre</b>	<b>Las siguientes preguntas están relacionadas con su estado de salud actual</b> (Marque "Sí" o "No" para cada una).	Sí	No	
	¿Tiene actualmente una enfermedad cutánea infecciosa? Si marcó SÍ, por favor, explique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	¿Está tomando un antibiótico actualmente? Si marcó SÍ, responda a continuación: Antibiótico: <input style="width: 200px;" type="text"/> Motivo para tomarlo: <input style="width: 200px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	¿Tiene actualmente alguna afección médica que podría verse afectada negativamente por el procedimiento de extracción? (Dichas afecciones podrían incluir cáncer, diabetes, enfermedades sanguíneas, problemas hemorrágicos, enfermedad pulmonar, enfermedad cardíaca, dolor en el pecho, accidente cerebrovascular, convulsiones o esclerosis múltiple). Consulte a su médico si se identificó alguna afección médica que corresponde a esta pregunta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	¿Realizó algún tipo de quimioterapia durante su embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Síntomas clínicos de la madre</b>	<b>Si usted ha presentado alguno de los siguientes síntomas clínicos o físicos y estos NO TIENEN JUSTIFICACIÓN, marque los casilleros correspondientes. Si usted no presentó ninguno de estos síntomas, marque el casillero N/C – Ninguna las anteriores corresponde</b>			
	<input type="checkbox"/> Debilidad muscular o parálisis	<input type="checkbox"/>	Manchas blancas o úlceras en la boca persistentes	
	<input type="checkbox"/> Sudor nocturno	<input type="checkbox"/>	Bultos en el cuello, las axilas o en la ingle que duran más de un mes	
	<input type="checkbox"/> Manchas azules o púrpuras en la piel o debajo de ella, o en la membrana mucosa	<input type="checkbox"/>	Ictericia	
	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	Hepatomegalia o hígado agrandado	
	<input type="checkbox"/> Diarrea persistente	<input type="checkbox"/>	Sarpullido general	
	<input type="checkbox"/> Tos o falta de aliento	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza, en el cuerpo o en los ojos	
	<input type="checkbox"/> Temperatura mayor a 100,5° F (38° C) durante más de diez días	<input type="checkbox"/>	Ritmo cardíaco alto	
	<input type="checkbox"/> Rigidez en el cuello	<input type="checkbox"/>	Episodios de estupor, desorientación o temblores	
	<input type="checkbox"/> <b>N/C - NINGUNA DE LAS ANTERIORES CORRESPONDE</b>			
<b>Medicamentos</b>	<b>Por favor, consulte el Apéndice C: Lista de medicamentos</b>		Sí	
	¿Está tomando o alguna vez tomó algún medicamento de la Lista de medicamentos? Si marcó SÍ, identifíquelos a continuación:		No	
	Medicamento: <input style="width: 200px;" type="text"/>	Última dosis que tomó: <input style="width: 200px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Viajes</b>	<b>Las siguientes preguntas están relacionadas con las áreas en las que usted ha vivido o a las que ha viajado. Por favor, consulte la Lista de definición de países del Apéndice D.</b>		Sí	
	¿Ha viajado o ha vivido fuera de los Estados Unidos o Canadá en los últimos tres años? Si marcó SÍ, identifique a qué países ha viajado y las fechas aproximadas (mes/año):		No	
	Indique todos los países a los cuales ha viajado o ha vivido, aunque no los vea en la Lista de definición de países. Use una hoja separada si es necesario.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Países a los que viajó/en los que vivió: <input style="width: 300px;" type="text"/>	Mes/año en el que viajó/vivió: <input style="width: 300px;" type="text"/>		
	Desde <b>1980</b> , ¿ha pasado más de un total de <b>3 meses</b> en el Reino Unido o en <b>Europa</b> (esto incluye vivir, viajar o trabajar en una base militar estadounidense)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desde <b>1980</b> hasta <b>1996</b> , ¿vivió en Europa o viajó a Europa como miembro del Ejército de EE. UU., empleado militar civil o persona a cargo de un miembro del Ejército de EE. UU.?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desde <b>1980</b> , ¿ha recibido una transfusión de sangre, plaquetas, plasma, crioprecipitado o granulocitos en el Reino Unido o Europa?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha vivido en un área afectada por el Zika o ha viajado a ella en algún momento durante su embarazo? Visite el sitio web de los CDC ( <a href="http://www.cdc.gov/zika/areasatrisk.html">http://www.cdc.gov/zika/areasatrisk.html</a> ) para obtener una lista de las áreas afectadas.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

# CUESTIONARIO DEL HISTORIAL MÉDICO DEL PROGRAMA SIBLING CONNECTION

## *Madre*

<b>Últimos 12 meses</b>	<b>Piense si en los últimos 12 meses usted:</b>	Sí	No
	Ha recibido sangre, productos de factor sanguíneo, derivados o un trasplante de tejido/órganos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ha entrado en contacto con la sangre de otra persona (p. ej., un pinchazo accidental)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se ha hecho un tatuaje, algún tipo de perforación (en la oreja o en el cuerpo), acupuntura o lo han pinchado con una pistola de agujas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ha recibido inyecciones, incluidas la inmunoglobina Rh o vacunas/inmunizaciones (Consulte la Lista de vacunas/inmunizaciones del Apéndice E). Identifíquelas a continuación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inyecciones que recibió: <input style="width: 200px;" type="text"/> Fecha en la/s que la/s recibió: <input style="width: 200px;" type="text"/>		
	Le han diagnosticado:		
	Chikunguña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Virus del Nilo occidental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Virus del Zika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha entrado en contacto con una persona que fue vacunada contra la viruela y usted desarrolló un sarpullido u otros síntomas relacionados con la exposición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Le han diagnosticado sífilis o gonorrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha vivido en la misma casa que otra persona a la que le han diagnosticado hepatitis B o hepatitis C clínicamente activa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha estado en la cárcel, en prisión, encerrado o en un centro de detención juvenil durante más de 72 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha sido mordida por un animal que se sospecha que ha tenido rabia en los últimos seis meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha tenido contacto sexual con una persona con hepatitis o ictericia (no ictericia infantil)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha tenido contacto sexual con una persona que recibió un resultado positivo a una prueba de VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha tenido contacto sexual con una persona que acepta dinero o drogas, u otro método de pago a cambio de sexo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha tenido contacto sexual con un hombre que alguna vez tuvo contacto sexual con otro hombre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha tenido contacto sexual con una persona que ha consumido drogas intravenosas no recetadas por un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha tenido contacto sexual en algún momento durante su embarazo con un hombre al que le hayan diagnosticado una infección por el virus del Zika en los últimos seis meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha tenido contacto sexual en algún momento durante su embarazo con un hombre que vivió en un área infectada con Zika o que ha viajado a ella en los últimos seis meses? Visite el sitio web de los CDC ( <a href="http://www.cdc.gov/zika/areasatrisk.html">http://www.cdc.gov/zika/areasatrisk.html</a> ) para obtener una lista de las áreas afectadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alguna vez</b>	<b>Alguna vez le:</b>	Sí	No
	Le han diagnosticado o ha recibido un resultado positivo para:		
	VLTH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Le han diagnosticado VIH o ha recibido un resultado positivo para dicho virus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha estado expuesta de manera significativa a sustancias que podrían transferirse en cantidades tóxicas (p. ej., plomo, mercurio, oro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Le han diagnosticado:		
	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enfermedad de Chagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Babesiosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enfermedad respiratoria aguda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Le han diagnosticado alguna forma de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Tiene un historial de infección o enfermedad por el virus del Ébola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Le han realizado una cirugía cerebral o de cabeza con trasplante de membrana cerebral (duramadre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Le han diagnosticado demencia o alguna enfermedad degenerativa o desmielinizante del sistema nervioso central?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha recibido un trasplante o procedimiento médico que implique estar expuesto a órganos, tejidos o células vivas de un animal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha tenido contacto íntimo con un receptor de un trasplante o procedimiento médico que implique estar expuesto a órganos, tejidos o células vivas de un animal? Contacto íntimo incluye el contacto con sangre, saliva y fluidos corporales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Lo han rechazado como donante de sangre <i>por alguna razón que no sea anemia o sobrepeso</i> ? Si marcó SÍ, por favor, explique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# CUESTIONARIO DEL HISTORIAL MÉDICO DEL PROGRAMA SIBLING CONNECTION

## *Madre*

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Abusó del alcohol o las drogas (intravenosas, orales, recetadas o de venta libre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Aceptó dinero, drogas u otro método de pago a cambio de sexo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Historial genético de la familia</b>		
<b>Madre biológica</b>	<b>Alguien en su familia materna o paterna:</b>	
	¿Le han diagnosticado algo de esto: anemia aplásica, anemia de Fanconi, talasemia, enfermedad granulomatosa crónica (EGC), anemia falciforme, síndrome de Hunter, síndrome de Hurler o cualquier otro trastorno de almacenamiento, síndrome de inmunodeficiencia combinada grave o trastornos sanguíneos/hemorrágicos u otros trastornos genéticos? Si marcó SÍ, por favor, explique: _____	<input type="checkbox"/>
	¿Tuvo Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ)?	<input type="checkbox"/>

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA MUESTRA DE SANGRE MATERNA

Estoy embarazada. Si soy la Madre biológica del niño, Donante de óvulos o Portadora gestacional del hijo biológico de otros, comprendo y acuerdo lo siguiente:

- Debo ser examinada por un médico antes de entregar este consentimiento informado.
- Debo permitir que se extraigan muestras de mi propia sangre al momento de dar a luz al niño. Las muestras de sangre serán extraídas por un médico, enfermera, flebotomista o partera al momento del parto.
- Debo presentar mi historial médico.

Comprendo que hay riesgos implicados en la extracción de la muestra de mi propia sangre, los cuales podrían incluir hematomas, enrojecimiento, molestias o inflamación alrededor del sitio de la aguja, así como también, en casos muy limitados, complicaciones más significativas.

Autorizo a ViaCord a someter mi sangre a pruebas para detectar ciertas enfermedades infecciosas, incluidas sin restricción:

- Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
- Virus de hepatitis B
- Virus de hepatitis C
- Virus linfotrópico de células T humanas (VLTH)
- Citomegalovirus (CMV)
- Sífilis
- Y cualquier otra enfermedad infecciosa / contagiosa, conforme lo requiere la ley federal o estatal.

Comprendo que las pruebas podrían conllevar la decisión de almacenar, pero sólo se pueden liberar para un trasplante u otro tratamiento con la aprobación del Director Médico de ViaCord y el médico interviniente.

Comprendo que ViaCord sólo se comunicará conmigo en caso de que los resultados de las pruebas realizadas con mis muestras fuesen positivos confirmados en la detección de VIH, Virus de la Hepatitis B y C, Sífilis y cualquier otra enfermedad contagiosa relevante, conforme lo requiere la ley federal o estatal.

Autorizo a ViaCord a entregarme los resultados de las pruebas y a dárselos también a mi médico y al médico del Niño, si correspondiese, conforme se describe más arriba. Los resultados de las pruebas también se podrían usar para fines de investigación y para análisis y publicaciones, siempre que se complementen con otra información y que no contengan información del donante. **Para casos de Adopción / Subrogación: ViaCord no puede divulgar ninguna información médica sobre la Madre biológica / Portadora gestacional a nadie, excepto a la Madre biológica / Portadora gestacional y a su médico. Cualquier comunicación sobre la información de salud de la Madre biológica / Portadora gestacional deberá ser a través de canales establecidos por el contrato de subrogación / adopción.**

# CUESTIONARIO DEL HISTORIAL MÉDICO DEL PROGRAMA SIBLING CONNECTION

## *Madre*

Se mantendrá la confidencialidad apropiada para todos los expedientes de pacientes relativos a la muestra de sangre materna. Es posible que ViaCord deba divulgar o poner a disposición información sobre ciertos resultados positivos de pruebas, tales como VIH, SIDA, Hepatitis C u otra enfermedad infecciosa a la Administración Estadounidense de Alimentos y Fármacos, el Departamento Estadounidense de Salud y Servicios Humanos, el Centro para el Control de Enfermedades o demás agencias de gobierno federales, estatales o locales.

Comprendo que tengo derecho a que se respondan mis preguntas. Si tengo alguna pregunta sobre este Consentimiento informado o sobre el Cuestionario del historial médico, puedo comunicarme con los Servicios al Cliente de ViaCord al **(866) 861-8435 Ó 800-998-4226**.

Comprendo que tengo derecho a retirar mi consentimiento para extraer muestras de sangre materna antes de la extracción o pruebas de las muestras, y que al retirar mi consentimiento, las Células madre del recién nacido no se extraerán, procesarán ni almacenarán, conforme corresponda.

Por favor, repase este formulario atentamente antes de firmar para asegurarse de que esté completo. Por favor, envíe todas las páginas del Cuestionario del historial médico.

Le recomendamos que haga una copia del cuestionario completo para sus registros, y que la revise con un Representante del Servicio al Cliente cuando nazca el bebé.

Certifico que he leído y comprendo el Consentimiento informado, y que he respondido las preguntas precedentes del Historial médico verídicamente y a mi leal saber y entender.

Soy la Madre biológica.

---

Nombre en letra de imprenta (*nombre legal completo*)

---

Firma

---

Fecha de firma  
(mm/dd/aaaa)

# CUESTIONARIO DEL HISTORIAL MÉDICO DEL PROGRAMA SIBLING CONNECTION

## *Padre*

Por favor, complete, revise, firme y REGRESE todas las páginas de este Cuestionario del historial médico a ViaCord antes de su fecha de parto prevista.

### Por qué completar su Cuestionario del historial médico es tan importante

- Sin esta información, ViaCord no podrá liberar las Células madre del recién nacido de su Hijo para uso terapéutico en el futuro.
- Esta información es obligatoria para el posible uso terapéutico de Células madre del recién nacido por parte de su Hijo o de un familiar, como por ejemplo uno de los padres, hermanos, hijos, abuelos, tíos o sobrinos.
- ViaCord tiene la obligación de hacer preguntas para evaluar el posible riesgo de exposición a ciertas enfermedades infecciosas.

### ¿Quién debe completar este formulario (Consulte el Apéndice B para conocer las definiciones de los términos)?

- **Residentes de Nueva York:** El Departamento de Salud del Estado de Nueva York exige que obtengamos el historial médico del **Padre biológico** (a menos que esté no se encuentre disponible).
- **Excepto para los residentes de Nueva York**, la compleción del cuestionario del historial médico es opcional para el **Padre biológico**.
- Este es un Cuestionario del historial médico diseñado específicamente para Padres.
- Complete la totalidad del formulario. No deje nada en blanco.

### ¿Qué necesita saber antes de completar este Formulario?

- El Cuestionario del historial médico contiene preguntas similares a las que se formulan cuando alguien dona sangre.
- Además, contiene preguntas sobre sus conductas e historial de viajes, las cuales usted podría considerar delicadas y de naturaleza personal.
- Cada pregunta deberá ser respondida de la mejor manera posible con un “SÍ” o un “NO”. Algunas preguntas requieren información adicional. No deje ninguna pregunta en blanco.
- La información provista es **confidencial** y sólo será compartida con usted o con el médico del Niño.
- Consulte los Apéndices para conocer las Opciones de envío, Definición de términos, Lista de postergación de medicamentos, Lista de definición de países y Lista de vacunas/inmunizaciones.

<b>INFORMACIÓN DEL PADRE</b>			
<b>Nombre completo del padre</b> <small>(apellido, nombre, inicial del segundo nombre):</small>			
<b>Teléfono particular:</b>	<b>Teléfono celular:</b>		
<b>Correo electrónico:</b>			
<b>Dirección particular</b>	Calle	Estado	Código postal
	Ciudad		
<b>Estado civil (solo para residentes de NY):</b>	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> En pareja <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
<b>Nombre completo de la madre</b> <small>(apellido, nombre, inicial del segundo nombre):</small>			

# CUESTIONARIO DEL HISTORIAL MÉDICO DEL PROGRAMA SIBLING CONNECTION

## *Padre*

\*\*\*Llame al (866) 861-8435 si necesita ayuda para completar este formulario\*\*\*

### Historial médico

<b>Medicamentos</b>	<b>Por favor, consulte el Apéndice C: Lista de medicamentos</b>	Sí	No
	¿Está tomando <b>ahora</b> o <b>alguna vez</b> tomó algún medicamento de la Lista de postergación de medicamentos? Si marcó <b>SÍ</b> , por favor, explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medicamento: <input style="width: 250px;" type="text"/> Última dosis que tomó: <input style="width: 250px;" type="text"/>		
<b>Viajes</b>	<b>Las siguientes preguntas están relacionadas con las áreas en las que usted ha vivido o a las que ha viajado. Por favor, consulte la Lista de definición de países del Apéndice D.</b>	Sí	No
	¿Ha viajado o ha vivido fuera de los Estados Unidos o Canadá en los últimos tres años? Si marcó <b>SÍ</b> , identifique a qué países ha viajado y las fechas aproximadas (mes/año):  Por favor, indique todos los países a los cuales ha viajado o ha vivido, aunque no los vea en la Lista de definición de países. Use una hoja separada si es necesario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Países a los que viajó/en los que vivió: <input style="width: 300px;" type="text"/> Mes/año en el que viajó/vivió: <input style="width: 300px;" type="text"/>		
	Desde <b>1980</b> , ¿ha pasado más de <b>3 meses</b> en el Reino Unido o en <b>Europa</b> (esto incluye vivir, viajar o trabajar en una base militar estadounidense)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desde <b>1980</b> hasta <b>1996</b> , ¿vivió en Europa o viajó a Europa como miembro del Ejército de EE. UU., empleado militar civil o persona a cargo de un miembro del Ejército de EE. UU.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Desde <b>1980</b> , ¿ha recibido una transfusión de sangre, plaquetas, plasma, crioprecipitado o granulocitos en el Reino Unido o Europa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha vivido en un área infectada con Zika o ha viajado a ella en los últimos seis meses? Visite el sitio web de los CDC ( <a href="http://www.cdc.gov/zika/areasatrisk.html">http://www.cdc.gov/zika/areasatrisk.html</a> ) para obtener una lista de las áreas afectadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Últimos 12 meses</b>	<b>Piense si en los últimos 12 meses usted:</b>	Sí	No
	Ha recibido sangre, productos de factor sanguíneo, derivados o un trasplante de tejido/órganos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ha entrado en contacto con la sangre de otra persona (p. ej., un pinchazo accidental)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se ha hecho un tatuaje, algún tipo de perforación (en la oreja o en el cuerpo), acupuntura o lo han pinchado con una pistola de agujas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ha recibido inyecciones o vacunas/inmunizaciones (Consulte la Lista de vacunas/inmunizaciones del Apéndice E). Si marcó <b>SÍ</b> , por favor, explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inyecciones que recibió: <input style="width: 150px;" type="text"/> Fecha en la/s que la/s recibió: <input style="width: 150px;" type="text"/>		
	Le han diagnosticado:		
	Chikunguña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Virus del Nilo occidental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Virus del Zika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha entrado en contacto con una persona que fue vacunada contra la viruela y usted desarrolló un sarpullido u otros síntomas relacionados con la exposición?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Le han diagnosticado sífilis o gonorrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha vivido en la misma casa que otra persona a la que le han diagnosticado hepatitis B o hepatitis C clínicamente activa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha estado en la cárcel, en prisión, encerrado o en un centro de detención juvenil durante más de 72 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha sido mordido por un animal que se sospecha que ha tenido rabia en los últimos seis meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha tenido contacto sexual con una persona con hepatitis o ictericia (no ictericia infantil)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha tenido contacto sexual con una persona que recibió un resultado positivo a una prueba de VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha tenido contacto sexual con una persona que acepta dinero o drogas, u otro método de pago a cambio de sexo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha tenido contacto sexual con un hombre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha tenido contacto sexual con una persona que ha consumido drogas intravenosas no recetadas por un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# CUESTIONARIO DEL HISTORIAL MÉDICO DEL PROGRAMA SIBLING CONNECTION

## *Padre*

<b>Alguna vez</b>	<b>Alguna vez le:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
	Le han diagnosticado o ha recibido un resultado positivo para:	VLTH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Le han diagnosticado VIH o ha recibido un resultado positivo para dicho virus?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha estado expuesto de manera significativa a sustancias que podrían transferirse en cantidades tóxicas (p. ej., plomo, mercurio, oro)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Le han diagnosticado:	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Enfermedad de Chagas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Babesiosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Enfermedad respiratoria aguda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Le han diagnosticado alguna forma de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Tiene un historial de infección o enfermedad por el virus del Ébola?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Le han realizado una cirugía cerebral o de cabeza con trasplante de membrana cerebral (duramadre)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Le han diagnosticado demencia o alguna enfermedad degenerativa o desmielinizante del sistema nervioso central?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	¿Ha recibido un trasplante o procedimiento médico que implique estar expuesto a órganos, tejidos o células vivas de un animal?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido contacto íntimo con un receptor de un trasplante o procedimiento médico que implique estar expuesto a órganos, tejidos o células vivas de un animal? Contacto íntimo incluye el contacto con sangre, saliva y fluidos corporales.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿La han rechazado como donante de sangre <i>por alguna razón que no sea anemia o sobrepeso</i> ? Si marcó SÍ, por favor, explique: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Abusó del alcohol o las drogas (intravenosas, orales, recetadas o de venta libre)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Aceptó dinero, drogas u otro método de pago a cambio de sexo?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Historial genético de la familia**</b>				
<b>Padre biológico</b>	<b>Alguien en su familia materna o paterna:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
	¿Le han diagnosticado algo de esto: anemia aplásica, anemia de Fanconi, talasemia, enfermedad granulomatosa crónica (EGC), anemia falciforme, síndrome de Hunter, síndrome de Hurler o cualquier otro trastorno de almacenamiento, síndrome de inmunodeficiencia combinada grave o trastornos sanguíneos/hemorrágicos u otros trastornos genéticos? Si marcó <b>SÍ</b> , por favor, explique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	¿Tuvo Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Por favor, repase este formulario atentamente antes de firmar para asegurarse de que esté completo. Por favor, envíe todas las páginas del Cuestionario del historial médico.

Le recomendamos que haga una copia del cuestionario completo para sus registros, y que la revise con un Representante del Servicio al Cliente cuando nazca el bebé.

Certifico que he respondido todas las preguntas anteriores verídicamente y a mi leal saber y entender.

Soy el Padre biológico.

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta (*nombre legal completo*)

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma  
(mm/dd/aaaa)

# CUESTIONARIO DEL HISTORIAL MÉDICO DEL PROGRAMA SIBLING CONNECTION

## Apéndice A: Opciones de envío del Formulario (Fax, correo postal o correo electrónico)

**Opción 1: ENVÍE POR CORREO ELECTRÓNICO** sus formularios completos a: [siblingconnection@viacord.com](mailto:siblingconnection@viacord.com)

**Opción 2: ENVÍE POR CORREO POSTAL** sus formularios completos a:

ViaCord  
Attn: Sibling Connection  
940 Winter St.  
Waltham, MA 02451

**Opción 3: Envíe por fax** sus formularios completos a: 781-663-8099 (usando la hoja de Portada del fax que se incluye en este paquete)

## Apéndice B: Definición de términos

- **Células madre del recién nacido** se refiere a las células madre de la sangre del cordón umbilical, que se encuentran en el cordón umbilical del niño que se está dando a luz.
- **Madre biológica** se refiere a una mujer que está embarazada, y que el niño que está dando a luz comparte su ADN.
- **Padre biológico** se refiere a un hombre que comparte su ADN con un niño.

## Apéndice C: Lista de medicamentos

Por favor, díganos si actualmente toma o si **ALGUNA VEZ** ha tomado alguno de los siguientes medicamentos:

- Accutane®, Absorica, Amnesteem, Claravis, Myorisan, Sotret, Zenatane (isotretinoína) para el tratamiento del acné agudo
- Erivedge (Vismodegib) para el tratamiento del cáncer de piel de las células basales
- Soriatane® (acitretina) para el tratamiento de la psoriasis aguda
- Concentrados del factor coagulante derivado de humanos (Cantidad de ocasiones: \_\_\_\_\_)
- Insulina de fuente vacuna
- Hormona del crecimiento de glándulas pituitarias humanas (no hormonas de la infertilidad)
- Tegison® (etretinato) para el tratamiento de la psoriasis aguda
- Proscar® (finasterida) para el tratamiento del ensanchamiento de la glándula prostática
- Avodart®, Jalyn (dutasterida) para el tratamiento del ensanchamiento de la glándula prostática
- Propecia® (finasterida) para la calvicie

**SI DESEA SABER POR QUÉ ESTOS MEDICAMENTOS AFECTAN EL USO TERAPÉUTICO DE LAS CÉLULAS MADRE DEL RECIÉN NACIDO, SIGA LEYENDO:**

- Si ha tomado o está tomando **Proscar®, Avodart®, Jalyn, Propecia, Accutane®, Absorica, Amnesteem, Claravis, Myorisan, Sotret, Soriatane®, Tegison, Erivedge, Vismodegib o Zenatane**, estos medicamentos pueden causar defectos de nacimiento.
- **La hormona del crecimiento de glándulas pituitarias humanas** fue prescrita para niños con retraso o disminución en el crecimiento. La hormona se obtuvo de glándulas pituitarias humanas, que se encuentran en el cerebro. Algunas personas que tomaron esta hormona desarrollaron una extraña afección del sistema nervioso llamada Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ).
- **La insulina de vacas (insulina bovina o de res)** es un material inyectado que se usa para tratar la diabetes. Si esta insulina se importó a los EE. UU. de países en los cuales se ha encontrado la "Enfermedad de la vaca loca", podría contener material de ganado infectado. Existe la preocupación de que la "Enfermedad de la vaca loca" se transmita por transfusión.
- El **medicamento experimental** suele asociarse a un protocolo de investigación, y el efecto en la sangre se desconoce.

## Apéndice D: Lista de definición de países

# CUESTIONARIO DEL HISTORIAL MÉDICO DEL PROGRAMA SIBLING CONNECTION

Por favor, indique todos los países a los cuales ha viajado o ha vivido, aunque no los vea en esta lista.

Puede encontrar una lista de las áreas con transmisión activa del Zika en el sitio web de los Centros para el Control de las Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) (<http://www.cdc.gov/zika/areasatrisk.html>).

## Todos los países en Centroamérica, Sudamérica, México, el Caribe, Puerto Rico, las Islas del Pacífico

**Reino Unido** incluye los siguientes países:

- Inglaterra
- Irlanda del Norte
- Escocia
- La Isla de Man
- Las Islas del Canal
- Gibraltar
- Gales
- Las Malvinas

**Europa** incluye los siguientes países:

- Albania
- Austria
- Bélgica
- Bosnia-Herzegovina
- Bulgaria
- Croacia
- República Checa
- Dinamarca
- Finlandia
- Francia
- Alemania
- Grecia
- Hungría
- Irlanda
- Italia
- Liechtenstein
- Luxemburgo
- Macedonia
- Holanda
- Noruega
- Polonia
- Portugal
- Rumania
- República de Eslovaquia
- Eslovenia
- España
- Suecia
- Suiza
- Reino Unido (ver más arriba)
- Yugoslavia

**África** incluye los siguientes países:

- Benín
- Camerún
- República de África Central
- Chad
- Congo
- Guinea Ecuatorial
- Gabón
- Kenia
- Nigeria
- Níger
- Senegal
- Togo
- Zambia

## **Apéndice E: Lista de vacunas/inmunizaciones:**

- Vacunas vivas (por ej., sarampión, paperas, Herpes Zoster)
- Vacunas para la viruela, tifoidea, fiebre amarilla, Encefalitis japonesa
- Inmunoglobulina antihepatitis B (por exposición)
- Vacunas experimentales
- Vacuna contra la rabia (por exposición)

## **SI DESEA SABER POR QUÉ ESTAS Vacunas/Inmunizaciones AFECTAN EL USO TERAPÉUTICO DE LAS CÉLULAS MADRE DEL RECIÉN NACIDO, SIGA LEYENDO:**

- La **Inmunoglobulina antihepatitis B (IGHB)** es un material inyectado que se usa para impedir la infección luego de una exposición a la hepatitis B. La no previene la infección de la hepatitis B en todos los casos.
- La **vacuna sin licencia (experimental)** suele asociarse a un protocolo de investigación, y el efecto en la sangre se desconoce.