

## **Cuestionario sobre el historial médico del padre biológico**

Número de identificación de ViaCord (VID): \_\_\_\_\_

### Por qué es tan importante completar este formulario:

- Se solicita esta información para el posible uso terapéutico de las células madre del recién nacido para el niño o para un pariente de sangre de primer o segundo grado (padres, hermanos, hijos, abuelos, tíos o sobrinos).

### ¿Quién debe completar este formulario?

- El padre biológico debe completar este documento.
- Los residentes de Nueva York deben completar este formulario cuando esté disponible.

### Qué necesita saber antes de responder:

- Contiene preguntas sobre sus conductas y su historial de viajes, las cuales usted podría considerar delicadas y de naturaleza personal.
- Deben completarse todas las preguntas y deben responderse de la mejor manera posible.
- La información provista es confidencial y solo se compartirá con su médico o el médico del niño previa solicitud y con su consentimiento.

### Ayuda con las preguntas:

- Si necesita ayuda o tiene preguntas, llame al 800-998-4226.

## Cuestionario sobre el historial médico del padre biológico

Número de identificación de ViaCord (VID): \_\_\_\_\_

### Información del padre biológico

Nombre

Inic. 2.º nombre

Apellido

Número de teléfono del hogar

Número de teléfono celular

Dirección de correo electrónico

### Domicilio

Domicilio 1

Domicilio 2

Ciudad

Estado

Código postal

---

### En los últimos 12 meses:

1. ¿Recibió una transfusión o un componente de la sangre?

 Sí No

2. ¿Recibió un trasplante o injerto de otra persona, como un órgano, médula ósea, células madre, córnea, esclerótica, huesos, piel u otro tejido?

 Sí No

---

### ALGUNA VEZ:

3. ¿Tuvo malaria o viajó (más de 24 horas a menos de 5 años) a una zona endémica de malaria o vivió (más de 5 años) en una zona endémica de malaria? (Consulte el anexo A).

 Sí No

## Cuestionario sobre el historial médico del padre biológico

Número de identificación de ViaCord (VID): \_\_\_\_\_

4. ¿Tiene un trastorno de las plaquetas o de coagulación?
- Sí       No
5. ¿Tuvo o tiene una enfermedad respiratoria aguda (p. ej., neumonía)?
- Sí       No
6. ¿Tiene tuberculosis activa o antecedentes de un tratamiento para la tuberculosis?
- Sí       No
7. ¿Tuvo o tiene una enfermedad de la piel infecciosa (de origen bacteriana o micótica) que crea un riesgo de contaminación de las células (madre) de la sangre del cordón umbilical?
- Sí       No
8. ¿Ha abusado del alcohol o de los fármacos (intravenosos, orales, recetados, no recetados)?
- Sí       No

---

### Firma del cuestionario sobre el historial médico:

Certifico que he respondido las preguntas precedentes del historial médico verídicamente y a mi leal saber y entender.

Firma del padre biológico

Nombre del padre biológico en letra de imprenta  
(nombre legal completo)

Fecha de la firma

---

### Anexo A: sitios web

#### Malaria:

En el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC) encontrará una lista de las zonas endémicas de malaria (en inglés):

[https://www.cdc.gov/malaria/travelers/country\\_table/a.html](https://www.cdc.gov/malaria/travelers/country_table/a.html)