

**Cuestionario sobre el historial médico
de la madre biológica o subrogante**
(Adopción/subrogación)

Por qué es tan importante completar este formulario:

- Sin esta información, ViaCord no podrá liberar las células madre del recién nacido del niño para el uso terapéutico en el futuro.
- Esta información es obligatoria 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).
- ViaCord tiene la obligación impuesta por las disposiciones estatales y federales de hacer preguntas para evaluar el posible riesgo de exposición a ciertas enfermedades infecciosas.

¿Quién debe completar este formulario?

- La mujer embarazada debe completar este documento.

Qué necesita saber antes de responder:

- El cuestionario del historial médico contiene preguntas similares a las que se formulan cuando dona sangre.
- Además, 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.

Ayuda con las preguntas:

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

**Cuestionario sobre el historial médico
de la madre biológica o subrogante**
(Adopción/subrogación)

Información de la madre biológica o subrogante

Nombre	Inic. 2.º nombre	Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido de soltera	Fecha de nacimiento	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Número de teléfono del hogar	Número de teléfono celular	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección de correo electrónico		
<input type="text"/>		

Domicilio

Domicilio 1	Domicilio 2	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Atención obstétrica

** Si no es la persona que está embarazada, escriba "N/C" en cada uno de los campos de la sección que se encuentra a continuación.*

Nombre del obstetra (OB)/de la partera titulada en enfermería (CNM)	Apellido del OB/de la CNM		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nombre del consultorio del OB/de la CNM	Número de teléfono del OB/de la CNM		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Dirección del OB/de la CNM	Ciudad	Estado	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Cuestionario sobre el historial médico
de la madre biológica o subrogante**
(Adopción/subrogación)

Información del parto

** Si no es la persona que está embarazada, escriba "N/C" en cada uno de los campos de la sección que se encuentra a continuación.*

Nombre del hospital

Número de teléfono del hospital

Dirección del hospital

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha probable de parto

Tipo de embarazo (un solo bebé o embarazo múltiple,
es decir, mellizos, trillizos, etc.)

Cuestionario sobre el historial médico de la madre biológica o subrogante

Estado de salud actual

1. ¿Está recibiendo algún antibiótico actualmente?

Sí No

2. ¿Está recibiendo algún otro medicamento para tratar una infección actualmente?

Sí No

Lea la lista de medicamentos

3. ¿Está tomando actualmente o ha tomado alguna vez cualquiera de los medicamentos que se mencionan en la lista de medicamentos?

(Consulte el anexo A).

Sí No

4. ¿Ha leído los documentos educativos? (Consulte el anexo D).

Sí No

En las últimas **8 semanas**:

5. ¿Ha recibido alguna vacuna u otra inyección, incluida la vacuna contra la viruela?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, explique:

Cuestionario sobre el historial médico de la madre biológica o subrogante

En las últimas **12 semanas**:

6. ¿Tuvo contacto con alguien que recibió la vacuna contra la viruela (es decir, tocó el área donde se colocó la vacuna o donde están las costras, incluidos los vendajes que las cubren, o tocó ropa, toallas o ropa de cama que podría haber estado en contacto con el área donde se colocó la vacuna o donde están las costras sin vendar)?
- Sí No

En los últimos **12 meses**:

7. ¿Recibió un diagnóstico médico o una prueba con resultado positivo del virus del Nilo Occidental, o sospechó haber tenido la infección?
- Sí No
8. ¿Recibió una transfusión o un componente de la sangre?
- Sí No
9. ¿Estuvo en contacto con la sangre de otra persona?
- Sí No
10. ¿Estuvo expuesta a sangre que se sabía o se sospechaba que estaba infectada con VIH, VHB o VHC a través de la inoculación percutánea (p. ej., se pinchó con una aguja) o a través del contacto con una herida abierta, una lesión cutánea o una membrana mucosa?
- Sí No
11. ¿Recibió un trasplante o injerto de otra persona, como un órgano, médula ósea, células madre, córnea, esclerótica, huesos, piel u otro tejido?
- Sí No
12. ¿Ha tenido contacto sexual con alguien que está infectado por el VIH o tiene sida, incluido alguien que recibió un resultado positivo en una prueba de detección del VIH o del sida?
- Sí No

Cuestionario sobre el historial médico de la madre biológica o subrogante

13. ¿Ha tenido contacto sexual con una prostituta u otra persona que acepta dinero o drogas u otra forma de pago a cambio de sexo?
- Sí No
14. ¿Ha tenido contacto sexual con alguna persona que se haya inyectado alguna vez (por vía intravenosa, intramuscular o subcutánea) drogas o esteroides u otra sustancia que no haya sido recetada por un médico?
- Sí No
15. ¿Ha tenido contacto sexual con un hombre que ha tenido contacto sexual con otro hombre?
- Sí No
16. ¿Ha tenido contacto sexual con una persona con hemofilia u otro trastorno de coagulación relacionado, que haya recibido concentrados de los factores de la coagulación derivados de seres humanos o concentrados del factor VIII o del factor IX que no recibieron tratamiento de inactivación viral o tratamiento con calor?
- Sí No
17. ¿Ha tenido contacto sexual con una persona que tiene hepatitis B o una infección por hepatitis C clínicamente activa (sintomática)?
- Sí No
18. ¿Vivió (residió en la misma vivienda) con otra persona que tiene hepatitis B o una infección por hepatitis C clínicamente activa (sintomática)?
- Sí No
19. ¿Se ha hecho un tatuaje o una perforación (en las orejas o en el cuerpo) en los que no se siguieron procedimientos estériles (p. ej., se utilizaron instrumentos o tinta contaminada o se compartieron instrumentos que no se esterilizaron entre los usos)?
- Sí No
20. ¿Recibió un resultado positivo en una prueba o ha sido tratada por sífilis u otra infección de transmisión sexual?
- Sí No

Cuestionario sobre el historial médico de la madre biológica o subrogante

21. ¿Estuvo detenida en un centro juvenil o de reclusión, en la cárcel o en prisión por más de 72 horas consecutivas o tuvo sexo con una persona que haya estado detenido/a?

Sí No

22. ¿Ha sido mordida o arañada por alguna mascota, animal callejero, de granja o salvaje del que se sospechaba que tenía rabia?

Sí No

En los últimos **3 años**:

23. ¿Estuvo fuera de los Estados Unidos o Canadá?

Sí No

En caso afirmativo, brinde el lugar, las fechas y la duración de su estadía:

En los últimos **5 años**:

24. ¿Recibió dinero, drogas u otra forma de pago a cambio de sexo?

Sí No

25. ¿Se inyectó (por vía intravenosa, intramuscular o subcutánea) drogas o esteroides u otra sustancia que no haya sido recetada por su médico?

Sí No

Cuestionario sobre el historial médico de la madre biológica o subrogante

Desde 1980 hasta 1996:

26. ¿Estuvo 3 meses o más en total en el Reino Unido desde principios de 1980 hasta fines de 1996? (Revise la lista de países en el Reino Unido. Consulte el anexo B).

Sí No

27. ¿Es miembro actual o exmiembro de las fuerzas armadas estadounidenses, empleado civil de las fuerzas armadas, dependiente de un miembro de las fuerzas armadas o empleado civil que residió en las bases militares de los Estados Unidos en el Norte de Europa (Alemania, Bélgica o Países Bajos) durante 6 meses o más en total desde 1980 hasta 1990, o en otra parte de Europa (Grecia, Turquía, España, Portugal e Italia) durante 6 meses o más en total desde 1980 hasta 1996?

Sí No

Desde 1980 hasta el presente:

28. ¿Estuvo 5 años o más en total en Europa? (Revise la lista de países de Europa. Consulte el anexo B).

Sí No

29. ¿Recibió una transfusión de sangre o de componentes de la sangre en el Reino Unido o Francia? (Revise la lista de países en el Reino Unido. Consulte el anexo B).

Sí No

ALGUNA VEZ:

30. ¿Recibió un resultado positivo en una prueba de detección del VIH o del sida?

Sí No

31. ¿Tuvo hepatitis, recibió un resultado positivo en una prueba de detección de la hepatitis o tuvo una hepatitis de causa desconocida?

Sí No

Cuestionario sobre el historial médico de la madre biológica o subrogante

32. ¿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 C).
- Sí No
33. ¿Tuvo mal de Chagas o recibió un resultado positivo en una prueba de detección de *T. cruzi*?
- Sí No
34. ¿Tuvo babesiosis?
- Sí No
35. ¿Recibió un injerto dural (o recubrimiento del cerebro)?
- Sí No
36. ¿Nació o vivió en África, viajó por África o tuvo contacto sexual con alguien que haya nacido o vivido en ciertos países de África después de 1977? (Revise la lista de países de África. Consulte el anexo B).
- Sí No
37. ¿Recibió una transfusión de sangre u otro tratamiento médico que haya requerido el uso de sangre en ciertos países de África después de 1977? (Revise la lista de países de África. Consulte el anexo B).
- Sí No
38. ¿Recibió un trasplante o se sometió a otro procedimiento médico que haya implicado estar expuesto a células vivas, tejidos u órganos de origen animal? ¿Vivió o tuvo sexo con alguna persona que haya estado en esa situación?
- Sí No
39. ¿Recibió un resultado positivo en una prueba de detección del VLTH, tuvo leucemia de células T de adulto o tuvo una paraparesia inexplicable (parálisis parcial que afecta las extremidades inferiores)?
- Sí No

Cuestionario sobre el historial médico de la madre biológica o subrogante

40. ¿Tuvo una enfermedad autoinmunitaria como lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, sarcoidosis, etc.?
- Sí No
41. ¿Tuvo cáncer o se sometió a quimioterapia?
- Sí No
42. ¿Le han diagnosticado demencia o alguna otra enfermedad degenerativa o desmielinizante del sistema nervioso central, o una enfermedad neurológica, como enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, esclerosis múltiple, enfermedad de Alzheimer o encefalitis de causa desconocida?
- Sí No
43. ¿Recibió una hormona de crecimiento humana derivada de la hipófisis o cualquier tipo de hormona de crecimiento?
- Sí No
44. ¿Tiene hemofilia o un trastorno de coagulación relacionado y recibió concentrados de los factores de coagulación derivados de seres humanos o concentrados del factor VIII o factor IX que no recibieron tratamiento de inactivación viral o tratamiento con calor?
- Sí No
45. ¿Tiene un trastorno de las plaquetas o de coagulación?
- Sí No
46. ¿Se ha expuesto significativamente a sustancias que pueden transferirse en cantidades tóxicas (p. ej., plomo, mercurio, oro)?
- Sí No
47. ¿Tuvo o tiene una enfermedad respiratoria aguda (p. ej., neumonía)?
- Sí No
48. ¿Tiene tuberculosis activa o antecedentes de un tratamiento para la tuberculosis?
- Sí No

Cuestionario sobre el historial médico de la madre biológica o subrogante

49. ¿Tuvo o tiene una enfermedad de la piel infecciosa (de origen bacteriana o fúngica) que crea un riesgo de contaminación de las células (madre) de la sangre del cordón umbilical?
- Sí No
50. ¿Ha abusado del alcohol o de los fármacos (intravenosos, orales, recetados, no recetados)?
- Sí No
51. ¿Usted, alguno de sus familiares, el padre biológico del bebé u otros familiares del bebé tuvieron o tienen un diagnóstico de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob o alguna de sus variantes?
- Sí No
52. ¿Ha presentado recientemente alguno de los siguientes síntomas y estos fueron **inexplicables**?
Marque todas las opciones que correspondan. Si no corresponde ninguno, marque "Ninguno corresponde a mi caso".
- Debilidad o parálisis muscular
 - Úlceras o manchas blancas persistentes en la boca
 - Sudor nocturno
 - Protuberancias en el cuello, las axilas o la ingle que duran más de un mes
 - Manchas azules o moradas sobre la piel o la membrana mucosa o debajo de estas
 - Ictericia
 - Pérdida de peso
 - Hepatomegalia o aumento del tamaño del hígado
 - Diarrea persistente
 - Sarpullido generalizado
 - Tos persistente o falta de aliento
 - Fiebre, dolores de cabeza, dolores corporales o dolor ocular
 - Temperatura superior a 100.5 °F (38.06 °C) durante más de 10 días
 - Ritmo cardíaco acelerado

Cuestionario sobre el historial médico de la madre biológica o subrogante

- Rigidez del cuello
- Episodios de estupor, desorientación o temblores
- Ninguno corresponde a mi caso

53. ¿Tiene conocimiento de alguna posible enfermedad que podría tener y que sería transmisible, o de una afección médica (p. ej., tumor maligno) que podría afectar o verse afectada de forma adversa por el proceso de extracción?

- 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 de la madre biológica Nombre de la madre biológica en letra de imprenta (nombre legal completo)

Fecha de la firma

Cuestionario sobre el historial médico de la madre biológica o subrogante

Anexo A: lista de medicamentos

Indíquenos si ALGUNA VEZ recibió alguno de estos medicamentos:

- **Hormona del crecimiento de las glándulas pituitarias humanas**, que se utiliza, en general, en niños con retraso o disminución en el crecimiento.
 - **Insulina de vacas (insulina bovina o de res)**, que se utiliza para tratar la diabetes.
 - **Concentrado de inmunoglobulinas contra la hepatitis B**, que se administra después de haber estado expuesto a la hepatitis B.
 - **Nota:** Esto es diferente de la vacuna contra la hepatitis B, que consta de una serie de 3 inyecciones que se administran cada 6 meses para prevenir futuras infecciones después de exposiciones al virus de la hepatitis B.
 - **Vacuna sin licencia**, que suele estar asociada con un protocolo de investigación.
-

Anexo B: Lista de definición de países

Viajes:

Reino Unido: Inglaterra, Irlanda del Norte, Escocia, Gales, Isla de Man, Islas del Canal, Gibraltar, Islas Malvinas.

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

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

Anexo C: 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

Cuestionario sobre el historial médico de la madre biológica o subrogante

Anexo D: documentos educativos

LEA ESTA INFORMACIÓN ANTES DE COMPLETAR EL CUESTIONARIO. Si tiene alguna pregunta ahora o en cualquier momento durante el proceso de selección, llame al 800-998-4226.

LA PRECISIÓN Y LA HONESTIDAD SON FUNDAMENTALES.

La **honestidad total** al momento de responder todas las preguntas es muy importante para la seguridad de cualquier persona que reciba las células madre. **Toda la información que proporcione será confidencial.**

INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA LA ELEGIBILIDAD DEL DONANTE. Por qué preguntamos sobre los contactos sexuales:

Mediante el contacto sexual se pueden transmitir enfermedades contagiosas como el VIH, ya que pasan por el torrente sanguíneo y pueden propagarse a través de transfusiones o trasplantes a otras personas.

Definición de “contacto sexual”:

Las frases “tener contacto sexual con” y “tener sexo” se utilizan en algunas de las preguntas que le hacemos y aplican a cualquiera de las actividades a continuación, ya sea que se utilice o no preservativo u otro tipo de protección:

1. Sexo vaginal (contacto entre el pene y la vagina).
2. Sexo oral (la boca o la lengua de una persona toca la vagina, el pene o el ano de otra).
3. Sexo anal (contacto entre el pene y el ano).

COMPORTAMIENTOS RIESGOSOS Y SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL VIH/SIDA

El VIH es la causa del sida. El VIH se propaga, principalmente, mediante el contacto sexual con una persona infectada O por compartir agujas o jeringas para inyectarse drogas.

INDÍQUELE A VIACORD SI OCURRE LO SIGUIENTE:

- **Tiene sida o alguna vez recibió un resultado positivo en una prueba de detección del VIH.**
- Ha utilizado agujas para administrarse drogas, esteroides u otras sustancias que su médico no le haya recetado en los últimos 5 años.
- Es hombre y ha tenido contacto sexual con otro hombre, incluso una sola vez, en los últimos 5 años.
- Ha aceptado dinero, drogas u otro tipo de pago a cambio de sexo en los últimos 5 años.
- Ha tenido contacto sexual en los últimos 12 meses con alguna persona que entre en las categorías descritas anteriormente.
- Ha tenido sífilis o gonorrea en los últimos 12 meses.
- Estuvo detenida en un centro juvenil o de reclusión, en la cárcel o en prisión por más de 72 horas en los últimos 12 meses.
- Tiene alguna de las siguientes afecciones que pueden indicar signos o síntomas de VIH/sida:
 - Pérdida de peso inexplicable o sudor nocturno
 - Manchas azules o moradas en la boca o en la piel
 - Inflamación de los ganglios linfáticos durante más de un mes
 - Úlceras inusuales o manchas blancas en la boca
 - Tos que no se pasa o falta de aliento
 - Diarrea que no se pasa
 - Fiebre de más de 100.5 °F (38.06 °C) durante más de 10 días

Recuerde que **PUEDE** transmitir el VIH a otra persona incluso si se siente bien y ha obtenido un resultado negativo en una prueba de detección del VIH. Esto se debe a que las pruebas no pueden detectar las infecciones por un período de tiempo después de que una persona se expone al virus. **Si cree que puede estar en riesgo de tener el VIH o sida, informe a ViaCord.**