



SOLICITUD PARA DONANTE DE SEMEN

CLAVE: RC-
PG06-PE15-
FR03

Fecha: MARZO
2009

Versión: 00

Página: 1 de 3

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE COMPLETO: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

NACIONALIDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

DIRECCION: _____

TELÈFONO: _____

E-MAIL: _____

NIVEL DE EDUCACIÓN OBTENIDO:

PREPARATORIA

GRADO UNIVERSITARIO

POSTGRADO

UNIVERSIDAD NO TERMINADA

OTRO

PASATIEMPOS: _____

PERSONALIDAD: _____

OCUPACIÓN: _____ FERTILIDAD COMPROBADA: _____

COLOR DE OJOS: _____ PESO (Kg): _____ ESTATURA(m): _____

COMPLEXIÓN: _____ ESTRUCTURA: _____

COLOR DE CABELLO: _____ TIPO DE CABELLO: _____

COLOR DE PIEL: _____ RAZA: _____

HISTORIAL CLÍNICO

TIPO DE SANGRE:

¿Eres activo sexualmente? SI () NO ()

Si es sí, ¿Eres monógamo? SI () NO ()

Tu método anticonceptivo: _____

¿Tienes historial médico familiar de anomalías genéticas o defectos congénitos? SI () NO ()

Si es sí, ¿Cuáles son? _____

¿Tienes hijos? SI () NO () ¿Cuántos? _____

¿Has tenido problemas de infertilidad? SI () NO ()

¿Tienes algún padecimiento médico? SI () NO ()

Si es sí, descríbelo: _____

HISTORIAL SOCIAL

¿Fumas? SI () NO () Si es sí, ¿Cuánto? _____

¿Bebes alcohol? SI () NO () Si es sí, ¿Cuánto y con qué frecuencia? _____

¿Usas alguna droga? SI () NO () Si es sí, ¿Cuánto y con qué frecuencia? _____

¿Te han condenado por algún crimen? SI () NO ()

¿Tienes alguna perforación en el cuerpo o tatuajes? SI () NO () Si es sí, ¿Cuándo te hiciste el último?

¿Estarías disponible para asistir frecuentes en nuestro consultorio durante un ciclo de donación SI () NO ()

¿Te cometerías a un protocolo de análisis de laboratorio? SI () NO ()

Razón por la que te gustaría ser donador?

¿Has participado en algún otro programa de donación de semen? SI () NO ()

Si es sí, ¿En qué centro? _____

¿Cómo te enteraste del programa de donación de semen? _____

HISTORIA FAMILIAR

Menciona si tú o alguno de tus familiares tiene o ha tenido alguno de los siguientes padecimientos:

	SI	NO	¿Quién? (Especifica)
Gastrointestinales			
Cardiovasculares			
Genital/Reproductivo			
Piel			
Salud mental			
Muscular/Esquelético			



SOLICITUD PARA DONANTE DE SEMEN

CLAVE: RC-
PG06-PE15-
FR03

Fecha: MARZO
2009
Versión: 00
Página: 3 de 3

Menciona si tú o alguno de tus familiares tiene o ha tenido alguno de los siguientes padecimientos:

	SI	NO	¿Quién? (Especifica)
Metabólico/Endócrino			
Neurológico			
Respiratorio			
Ojos/Nariz/Oídos			
Urinarios			
Alergias			
Enfermedades Genéticas			
Otros (especifica)			

NOMBRE Y FIRMA DEL DONADOR:

Fecha: