



INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE COMPLETO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____
COLOR DE OJOS: _____ COLOR DE CABELLO: _____
TIPO DE CABELLO: _____ COMPLEXIÓN: _____

DIRECCION: _____
TELÉFONO: _____
E-MAIL: _____

OCUPACIÓN: _____
NIVEL DE EDUCACIÓN OBTENIDO:
 PREPARATORIA
 GRADO UNIVERSITARIO
 POSTGRADO
 UNIVERSIDAD NO TERMINADA
 OTRO

HISTORIAL CLÍNICO

ESTATURA: _____ PESO: _____ RAZA: _____
TIPO DE SANGRE: _____
¿Eres activa sexualmente? SI () NO ()
Si es sí, ¿Eres monógama? SI () NO ()
Tu método anticonceptivo: _____
¿Tienes historial médico familiar de anomalías genéticas o defectos congénitos? SI () NO ()
Si es sí, ¿Cuáles son? _____
¿Has estado embarazada? SI () NO ()
¿Tuviste complicaciones durante el embarazo o el parto?
Si es sí, descríbelos: _____
¿Has tenido problemas de infertilidad? SI () NO ()
¿Tienes tu ciclo de menstruación cada mes? SI () NO ()
¿Tienes algún padecimiento médico? SI () NO ()
Si es sí, descíbelo: _____

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 ()

¿Estarías dispuesta a inyectarte diariamente por un periodo de hasta cinco semanas? SI () NO ()

¿Te someterías a un procedimiento de aspiración de óvulos? SI () NO ()

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

Razón por la que te gustaría ser donadora?

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

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

NOMBRE Y FIRMA DE LA DONADORA:

Fecha:



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: