

Información sobre la donación de sangre del cordón umbilical de Cord® For Life

Donar la sangre del cordón umbilical de su hijo es realmente un esfuerzo que salva vidas. Para garantizar el éxito de la donación, lea atentamente esta información. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro número gratuito (800) 869-8608. Para obtener información adicional sobre el programa de donación de sangre del cordón umbilical o si desea continuar con la donación de la sangre del cordón umbilical de su hijo, visite nuestro sitio web www.cordforlife.com. Los formularios de inscripción están disponibles en la web o puede completar los formularios adjuntos y enviarlos a la dirección que figura en la parte inferior de esta página.

INFORMACIÓN IMPORTANTE ANTES DE CONTINUAR

Debe tener menos de 34 semanas de gestación para comenzar el proceso de solicitud

Debe tener 18 años de edad o más para poder donar la sangre del cordón umbilical de su bebé

No podemos aceptar donaciones de sangre de cordón umbilical de:

o Partos múltiples (Aceptable para almacenamiento privado SOLAMENTE)

o Si usted y su médico han optado por retrasar el pinzamiento del cordón umbilical después del nacimiento de su hijo (Aceptable para almacenamiento privado SOLAMENTE)

Debido a que Cord For Life es una empresa financiada con fondos privados, estamos limitados a la cantidad de donaciones que podemos aceptar mensualmente

Debido a circunstancias fuera del control de Cordón Umbilical For Life, no podemos aceptar unidades de sangre de cordón umbilical para donación pública que se recolectaron entre el viernes a las 3:00 p.m. (EST) y el domingo a las 3:00 p.m. (EST)

Hable con su médico o partera acerca de donar la sangre del cordón umbilical. Averigüe si el médico está dispuesto a realizar esta recolección y si habrá algún costo de recolección involucrado. Cord For Life no cobra tarifas de recolección, pero algunos médicos pueden cobrar por este servicio. Le sugerimos que no done si se le va a cobrar una tarifa. Cord For Life no puede reembolsarle a usted ni a su médico/partera los honorarios de la recolección de sangre del cordón umbilical.

SOBRE LOS FORMULARIOS ADJUNTOS:

La intención de los documentos adjuntos es garantizar lo siguiente:

1. Usted y su médico tienen un conocimiento profundo del programa de donación de sangre del cordón umbilical.
2. La sangre del cordón umbilical se recoge de forma adecuada y segura.
3. La calidad del producto de sangre de cordón umbilical recolectado.

Por favor, lea detenidamente todos los documentos y complete toda la documentación solicitada. **Los espacios en blanco u omisiones pueden resultar en que la unidad no cumpla con los estándares regulatorios (FDA, AABB, NMDP) lo que impide que Cord For Life haga que la unidad esté disponible para un receptor de trasplante.** Utilice únicamente **tinta NEGRA o AZUL** al completar los formularios. Es importante que utilice solo su **nombre legal*** de manera consistente en cada documento. A continuación se muestra una descripción de los formularios adjuntos:

•Consentimiento informado para la investigación médica con sangre de cordón umbilical, Formulario B.1-7

Este formulario explica el protocolo del Programa Nacional de Donantes de Médula Ósea (NMDP). El trasplante de células madre de sangre del cordón umbilical está siendo investigado/estudiado por el NMDP, como tal, es importante que usted, "el donante", comprenda los detalles de este programa y cómo se utilizará la información sobre su donación en esta investigación.

•Cuestionario de salud e información del donante de Cord For Life, Formulario B.1-1

Información del donante: La sección de información del donante proporciona datos demográficos suyos, del padre del bebé y de su médico. Además, contiene una sección de "Origen étnico del bebé". Esta información se utiliza para ayudar en la investigación del NMDP y no se utilizará, de ninguna manera, para evitar que su unidad se incluya en el registro. **IMPORTANTE:** Su firma en la parte inferior de esta página es **obligatoria**. Recuerde firmar usando solo su nombre legal* como está escrito en la parte superior del formulario.

Cuestionario de salud: Un historial de salud completo es una parte importante para garantizar la seguridad y la calidad de la sangre del cordón umbilical. Estas preguntas pueden parecer abrumadoras, pero son una necesidad. Cualquier riesgo potencial para el receptor de un trasplante debe ser investigado. Si no está seguro, comuníquese con un representante de Cord For Life, ellos lo ayudarán con cualquier pregunta o inquietud. Muchos de los elementos no son motivo de aplazamiento, pero requieren más información o aclaración antes de que se asigne la aceptabilidad. **IMPORTANTE:** Si considera que está en riesgo como se describe en la información de donación, **no done**. Las normas y regulaciones establecidas para todos los bancos de sangre nos impiden aceptar o usar sangre de cordón umbilical de un donante en riesgo.

•Consentimiento Informado de Donación, Alta-Centro de Maternidad del Hospital y Consentimiento Informado para la Prueba del VIH, Formulario B.1-9

Estos son acuerdos entre usted, su médico y Cord For Life para la donación de sangre del cordón umbilical e información sobre el VIH y el consentimiento para la prueba del VIH. El **médico debe firmar** donde se indique para permitir que Cord For Life realice las pruebas de enfermedad requeridas. Incluso si se ha realizado pruebas prenatales anteriormente, estamos obligados a analizar su sangre para detectar enfermedades infecciosas a partir de una muestra recolectada dentro de las 48 horas posteriores al nacimiento de su bebé. Los tubos para la recolección de sangre están incluidos en el kit, y el personal del hospital o del centro de maternidad le extraerá sangre alrededor del momento del parto. **IMPORTANTE:** Los resultados de sus análisis de sangre son confidenciales. Usted y su médico/partera serán notificados de cualquier resultado anormal por correo certificado. Puede ser necesario informar ciertos resultados positivos de las pruebas a su departamento de salud local.

•Solicitud de material de capacitación para médicos/parteras para la recolección de CB, Formulario C.1-4

Para asegurarse de que la sangre del cordón umbilical se recoja de manera que resulte en el mejor producto posible, Cord For Life requiere que el médico/partera lea y complete este formulario. Cord For Life ofrece opciones de material de capacitación, sin costo alguno, para el médico/partera que lo solicite.

Revisamos minuciosamente toda su documentación al recibirla. Nos pondremos en contacto con usted por correo electrónico para revisar la información y obtener cualquier información adicional, si es necesario. Si es aceptado como donante, le emitiremos un kit de recolección de sangre del cordón umbilical, que incluye instrucciones de recolección para su médico o enfermera/partera. (Los kits de recolección se enviarán a la dirección que proporcionó a menos que se nos notifique lo contrario).

Las regulaciones requieren la confirmación de su estado de salud dentro de las **48 horas posteriores al parto**. En el kit se incluirá una copia de su Cuestionario de Salud completado (B.1-1) y un Formulario de Verificación (B.1-5). El formulario B.1-5 debe completarse el día de la entrega antes de enviar la unidad de sangre del cordón umbilical a Cord For Life. Actualice cualquier cambio en su estado de salud entre el momento en que llenó sus formularios originales y el momento en que realizó la entrega. Guárdelo con el kit para que pueda completar la tarjeta de verificación en ese momento y enviarla de vuelta con la sangre del cordón umbilical.

Lleve el kit de recolección a su hospital o centro de maternidad cuando comience el trabajo de parto. El médico o el personal de parto del hospital recogerán la sangre que quede en el cordón umbilical y la placenta después del parto. También se le extraerá sangre durante el trabajo de parto o después del parto.

Notifique a Cord For Life **cuando esté en trabajo de parto activo y después del nacimiento de su bebé, de** día o de noche. **Es su responsabilidad asegurarse de que se nos notifique dentro de las dos horas posteriores a la recolección de la sangre del cordón umbilical.**

*Nombre completo, inicial del segundo nombre o segundo nombre completo, apellido



SOCIO DE RECOLECCIÓN DE LA FUNDACIÓN CORD FOR LIFE®

INFORMACIÓN DEL DONANTE E HISTORIAL DE SALUD

APELLIDO DE LA MADRE		NOMBRE		M.I.	ÚLTIMOS 4 DÍGITOS SS#
MEJOR TELÉFONO DE CONTACTO:		CORREO ELECTRÓNICO		FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE:	
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL

APELLIDO DEL PADRE		NOMBRE		M.I.	ÚLTIMOS 4 DÍGITOS SS # (OPCIONAL)
MEJOR TELÉFONO DE CONTACTO:		CORREO ELECTRÓNICO		FECHA DE NACIMIENTO DE LOS PADRES:	
DIRECCIÓN		CIUDAD		ESTADO	CÓDIGO POSTAL

FECHA DE PARTO DEL BEBÉ:

NOMBRE DEL MÉDICO DE PARTO		TELÉFONO	
NOMBRE DE LA CLÍNICA			
NOMBRE DEL HOSPITAL DE PARTO		TELÉFONO	
DIRECCIÓN DEL HOSPITAL		CIUDAD	ESTADO
			CÓDIGO POSTAL

INFORMACIÓN SOBRE LA RAZA Y EL ORIGEN ÉTNICO DEL BEBÉ

Dado que ciertos tipos de HLA pueden ser más comunes en cada grupo étnico, la información a continuación ayudará a seleccionar una unidad de sangre de cordón umbilical para el trasplante.

Origen étnico del bebé: Se requiere una respuesta, marque una. ☐ hispanos o latinos ☐ no hispanos o latinos

Carrera del bebé: Se requiere una respuesta. ¿De qué grupo(s) es miembro su bebé? (Seleccione todas las que correspondan).

Indio americano o nativo de Alaska

☐	Nativo de Alaska o Aleutiano (ALANAM)
☐	Indio de América del Norte (AMIND)
☐	Indio Americano, Sudamericano o Centroamericano (AMIND)
☐	Indio Caribeño (AMIND)

Negro o afroamericano

☐	África (AFB)
☐	Afroamericano (AAFA)
☐	Caribe Negro (CARB)
☐	Negro Sudamericano o Centroamericano (SCAMB)

Asiático

☐	Chino (NCHI)
☐	Filipino (Filipino) (FILI)
☐	Japonés (JAPI)
☐	Karen (haciendo)
☐	Asia Meridional (SCSEAI)
☐	vietnamita (SCSEAI)
☐	Otros Sudeste Asiático (SCSEAI)

Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico

☐	Legal (OPI)
☐	Hawaiano (HAWI)
☐	Samoano (OPI)
☐	Otros isleños del Pacífico (OPI)

Blanco

☐	Europa del Este (CAU)
☐	Mediterráneo (CAU)
☐	Oriente Medio (MENAF)
☐	Costa Norte de África (MENAF)
☐	América del Norte (CAU)

☐	Norte de Europa (CAU)
☐	Europa Occidental (CAU)
☐	Caribe Blanco (CAU)
☐	Blancos Sudamericanos o Centroamericanos (CAU)
☐	Otros Blancos (CAU)

Por favor, lea atentamente el siguiente Cuestionario de Salud. Puede comunicarse con Cord For Life, Inc. (CFL), si necesita ayuda para comprender alguna de las preguntas, llame al: 1-800-869-8608 fuera del área de Orlando, o 407-834-8333 en el área de Orlando.

Se requiere completar toda la información solicitada en el cuestionario de salud antes de que una unidad de sangre de cordón umbilical pueda ser elegible para el trasplante. Esta es la única oportunidad que tiene el centro de sangre del cordón umbilical para recopilar esta información importante de usted. **Un cuestionario incompleto resultará en la descalificación.** El cuestionario debe ser completado en privado por la futura madre solamente, o en una entrevista privada por una persona de evaluación aprobada. Sus respuestas a estas preguntas son confidenciales. El Aviso de Prácticas de Privacidad de Cord For Life, Inc. (CFL) está disponible a pedido.

Si después de ser aceptado en este programa o después de que se recolecta la sangre del cordón umbilical de su bebé, se entera de una razón que lo excluiría de donar o siente que no debe transfundirse a un paciente, llame a Cord For Life, Inc. (CFL). No se le penalizará por retirarse del programa en ningún momento.

Mi firma a continuación confirma que la información proporcionada en las páginas 1-8 del Formulario, B.1-1 es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

CUESTIONARIO DE SALUD

ÚLTIMOS 4 DÍGITOS SS# DE LA MADRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE: _____

FIRMA DE LA FUTURA MADRE: _____ FECHA: _____

PREGUNTAS SOBRE LA SANGRE DEL CORDÓN UMBILICAL

Lea **atentamente** y **responda cada una** de las siguientes preguntas **individualmente**: "Y" para "SÍ" o "N" para "NO".
 Sírvase proporcionar detalles sobre todas las respuestas "Y", incluidas las fechas, cuando se soliciten.

1	¿Alguna vez ha donado o intentado donar sangre del cordón umbilical con su nombre actual o uno diferente a Cryobanks International, LifeForce Cryobank Sciences, Inc. (LFC) o Cord For Life, Inc. (CFL)? Detalles: _____	Y ☐	N ☐
2	¿Usted, por alguna razón, ha sido aplazado o rechazado como donante de sangre o sangre del cordón umbilical, o le han dicho que no done sangre o sangre del cordón umbilical? En caso afirmativo , ¿por qué _____	Y ☐	N ☐
3	¿Ha tomado alguno de los siguientes medicamentos (marque todos los que correspondan): a. ☐ ¿Insulina de vacas (insulina bovina o de vacuno) desde 1980? b. ☐ ¿Hormona de crecimiento de las glándulas pituitarias humanas alguna vez?	Y ☐	N ☐
4	En las últimas 8 semanas , ¿ha recibido alguna vacuna o inyección? En caso afirmativo , detalla: _____	Y ☐	N ☐
5	¿Te has vacunado contra el Covid-19?	Y ☐	N ☐
6	En las últimas 12 semanas , ¿ha tenido contacto con alguien que haya recibido la vacuna contra la viruela? (Ejemplos de contacto incluyen intimidad física, tocar el sitio de vacunación, tocar los vendajes o cubrir el sitio de vacunación, o manipular ropa de cama o ropa que haya estado en contacto con un sitio de vacunación sin vendajes) Detalles: _____	Y ☐	N ☐
7	En los últimos 4 meses , ¿ha experimentado DOS (2) o más de los siguientes: fiebre (>100.5°F o 38.6°C), dolor de cabeza, debilidad muscular, erupción cutánea en el tronco del cuerpo, ganglios linfáticos inflamados? En caso afirmativo , ¿qué síntomas y cuándo? Detalles: _____	Y ☐	N ☐
8	¿Alguna vez has tenido algún tipo de cáncer, incluida la leucemia? En caso afirmativo , detalles: _____	Y ☐	N ☐
9	Durante su embarazo, ¿le han diagnosticado el virus del Nilo Occidental o ha tenido un resultado positivo en la prueba del virus del Nilo Occidental?	Y ☐	N ☐
10	¿Alguna vez tuviste un diagnóstico previo de hepatitis viral clínica sintomática después de los 11 años? En caso afirmativo , detalles, con fechas: _____	Y ☐	N ☐
11	¿Alguna vez has tenido una enfermedad parasitaria de la sangre como leishmaniasis, enfermedad de Chagas o babesiosis o alguna prueba positiva para Chagas o T. cruzi, incluidas las pruebas de detección?	Y ☐	N ☐
12	¿Alguna vez le han diagnosticado la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ), la variante de la ECJ, la demencia, la enfermedad degenerativa o desmielinizante del sistema nervioso central u otra enfermedad neurológica cuya causa se desconoce?	Y ☐	N ☐
13	¿Alguno de tus parientes consanguíneos ha sido diagnosticado alguna vez con la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ), o te han dicho que tu familia tiene un mayor riesgo de padecer la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob?	Y ☐	N ☐
14	¿Ha recibido un injerto de duramadre (recubrimiento cerebral)?	Y ☐	N ☐
15	¿Alguna vez te has sometido a un trasplante u otro procedimiento médico que implique estar expuesto a células, tejidos u órganos vivos de un animal ? Detalles: _____	Y ☐	N ☐
16	¿Alguna vez ha vivido o tenido contacto sexual con alguien que se haya sometido a un trasplante u otro procedimiento médico que implique estar expuesto a células, tejidos u órganos vivos de un animal ? En caso afirmativo , detalles: _____	Y ☐	N ☐
17	En los últimos 3 años , ¿ha tenido paludismo? En caso afirmativo , detalles: _____	Y ☐	N ☐
18	En los últimos 3 años , ¿ha estado fuera de los Estados Unidos o Canadá? Dónde: _____ Cuando: _____ Cuánto tiempo: _____	Y ☐	N ☐

CUESTIONARIO DE SALUD

ÚLTIMOS 4 DÍGITOS SS# DE LA MADRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE: _____

19	En los últimos 12 meses, ¿ha recibido una transfusión de sangre? Detalles: _____	Y ☐	N ☐
20	En los últimos 12 meses, ¿te has sometido a un trasplante o injerto de tejido de otra persona que no seas tú, como órgano, médula ósea, célula madre, córnea, hueso, piel u otro tejido?	Y ☐	N ☐
21	En los últimos 12 meses, ¿te has hecho un tatuaje o piercing (en la oreja, en la piel o en el cuerpo)? <i>En caso afirmativo</i> , indique el tipo y responda a la pregunta 22. Si la respuesta es no , pase a la pregunta 23. Tipo: ☐ Tattoo ☐ Piercing, detalles: _____	Y ☐	N ☐
	22. <i>En caso afirmativo</i> , ¿se utilizaron instrumentos, agujas o tintas compartidos o no estériles para el tatuaje o la perforación?	Y ☐	N ☐

23	En los últimos 12 meses, ¿ha tenido un pinchazo accidental con una aguja o ha entrado en contacto con la sangre de otra persona a través de una herida abierta (por ejemplo, un corte o una llaga), piel no intacta o membrana mucosa (por ejemplo, en el ojo, la boca, etc.)?? Detalles: _____	Y ☐	N ☐
24	¿Tienes antecedentes de abuso de drogas o alcohol? En caso afirmativo , sírvase describir _____	Y ☐	N ☐
25	En los últimos 12 meses, ¿has tenido o has recibido tratamiento para una enfermedad de transmisión sexual, incluida la sífilis? En caso afirmativo , detalles con fechas: _____	Y ☐	N ☐
26	En los últimos 12 meses, ¿ha dado dinero, drogas u otro tipo de pago a alguien para que tenga relaciones sexuales con usted?	Y ☐	N ☐
27	En los últimos 12 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales con alguien que haya aceptado dinero, drogas u otro pago a cambio de sexo en los <u>últimos 5 años</u> ?	Y ☐	N ☐
28	En los últimos 12 meses, ¿ha tenido contacto sexual o ha vivido con una persona que tiene hepatitis viral B o hepatitis C activa o crónica?	Y ☐	N ☐
29	En los últimos 12 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales, aunque sea una vez, con alguien que haya usado una aguja para tomar medicamentos, esteroides o cualquier otra cosa que no haya sido recetada por un médico en los <u>últimos 5 años</u> ?	Y ☐	N ☐
30	En los últimos 12 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales con un hombre que ha tenido relaciones sexuales con otro hombre, aunque sea una vez, en los <u>últimos 5 años</u> ?	Y ☐	N ☐
31	En los últimos 12 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales, aunque sea una vez, con alguien que tenga VIH/SIDA o que haya dado positivo en la prueba del virus del SIDA?	Y ☐	N ☐
32	En los últimos 12 meses, ¿ha estado en detención juvenil, calabozo, cárcel o prisión por más de 72 horas <u>continuas</u> ?	Y ☐	N ☐
33	¿En los últimos 5 años ha recibido dinero, drogas u otro pago por sexo?	Y ☐	N ☐
34	En los últimos 5 años, ¿ha usado una aguja, aunque sea una vez, para tomar medicamentos, esteroides o cualquier otra cosa que no le haya recetado un médico?	Y ☐	N ☐
35	¿Tiene SIDA o alguna vez ha dado positivo en la prueba del VIH (incluidas las pruebas de detección)?	Y ☐	N ☐
36	¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?		
	A) ¿Sudores nocturnos inexplicables?	Y ☐	N ☐
	B) ¿Manchas azules o moradas inexplicables en o debajo de la piel o las membranas mucosas?	Y ☐	N ☐
	C) ¿Pérdida de peso inexplicable?	Y ☐	N ☐
	D) ¿Diarrea persistente sin causa aparente?	Y ☐	N ☐
	E) ¿Tos inexplicable o dificultad para respirar?	Y ☐	N ☐
	F) ¿Temperatura inexplicable superior a 100.5°F (38.6°C) durante más de 10 días?	Y ☐	N ☐
	G) ¿Manchas blancas persistentes inexplicables o llagas en la boca?	Y ☐	N ☐
	H) ¿Bultos en el cuello, las axilas o la ingle que duren más de un mes?	Y ☐	N ☐
	I) ¿Alguna infección durante el embarazo?	Y ☐	N ☐

CUESTIONARIO DE SALUD

ÚLTIMOS 4 DÍGITOS SS# DE LA MADRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE: _____

37	¿Alguna vez ha dado positivo en la prueba del virus linfotrófico de células T humanas HTLV (incluidas las pruebas de detección) o ha tenido paraparesia inexplicable (parálisis parcial que afecta a las extremidades inferiores)?	Y ☐	N ☐
-----------	--	----------------------------	----------------------------

38	¿ <u>Entiende</u> que si tiene el virus del SIDA, <u>puede contagiárselo a otra persona</u> aunque se sienta bien y tenga un resultado negativo en la prueba del SIDA?	Y ☐	N ☐
-----------	--	----------------------------	----------------------------

PARA USAR CON LAS PREGUNTAS #39 – 42 – PAÍSES DEFINIDOS COMO EUROPA					
ALBANIA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	GRECIA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	RUMANÍA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____			
AUSTRIA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	HUNGRÍA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	REPÚBLICA ESLOVACA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____			
BÉLGICA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	IRLANDA (REPÚBLICA DE) _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	ESLOVENIA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____			
BOSNIA-HERZEGOVINA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	ITALIA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	ESPAÑA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____			
BULGARIA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	LIECHTENSTEIN _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	SUECIA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____			
CRDACIA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	LUXEMBURGO _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	SUIZA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____			
REPÚBLICA CHECA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	MACEDONIA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	El Reino Unido incluye Inglaterra, Irlanda del Norte, Escocia, Gales, Isla de Man, Islas del Canal, Gibraltar y las Islas Malvinas _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____			
DINAMARCA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	PAÍSES BAJOS (HOLANDA) _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	YUGOSLAVIA (REPÚBLICA FEDERAL DE) _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____			
FINLANDIA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	NORUEGA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	KOSOVO, MONTENEGRO, SERBIA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____			
FRANCIA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	POLONIA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	PORTUGAL _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____			
ALEMANIA _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	PORTUGAL _____ Travel ____ Resident ____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____				

39	Desde 1980, ¿has vivido o viajado alguna vez a Europa? (consulte el cuadro anterior) Si la respuesta es no, pase a la pregunta 43. a) Utilice la tabla de arriba y marque todas las casillas correspondientes de arriba para identificar el país o países, el motivo, las fechas y la hora total que corresponde. b) Responda las preguntas 40 a 42.	Y ☐	N ☐
	Artículo 40. De 1980 a 1996, ¿pasó tiempo que suma 3 meses o más en el Reino Unido (consulte la tabla anterior)?	Y ☐	N ☐
	41. Desde 1980, ¿ha recibido una transfusión de sangre o componentes sanguíneos mientras estaba en el Reino Unido o Francia?	Y ☐	N ☐
	42. Desde 1980, ¿ha pasado tiempo que suma 5 años o más en Europa (consulte el cuadro anterior), incluido el tiempo que pasó en el Reino Unido entre 1980 y 1996?	Y ☐	N ☐

CUESTIONARIO DE SALUD

ÚLTIMOS 4 DÍGITOS SS# DE LA MADRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE: _____

43	De 1980 a 1996, ¿fue usted miembro de las fuerzas armadas de los EE. UU., empleado militar civil o dependiente de un miembro de las fuerzas armadas de los EE. UU.?	Y ☐	N ☐
44	De 1980 a 1990, ¿pasó un total de 6 meses o más asociado con una base militar en alguno de los siguientes países: Reino Unido, Bélgica, Países Bajos o Alemania?	Y ☐	N ☐
45	De 1980 a 1996, ¿pasó un total de 6 meses o más asociado a una base militar en alguno de los siguientes países: España, Portugal, Turquía, Italia o Grecia?	Y ☐	N ☐

PARA USAR CON LAS PREGUNTAS 46 A 48: PAÍSES AFRICANOS

BENIN _____ Travel _____ Resident _____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	GUINEA ECUATORIAL _____ Travel _____ Resident _____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	SENEGAL _____ Travel _____ Resident _____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____
CAMERÚN _____ Travel _____ Resident _____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	GABÓN _____ Travel _____ Resident _____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	TOGO _____ Travel _____ Resident _____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____
REPÚBLICA CENTROAFRICANA _____ Travel _____ Resident _____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	KENIA _____ Travel _____ Resident _____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	ZAMBIA _____ Travel _____ Resident _____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____
CHAD _____ Travel _____ Resident _____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	NIGER _____ Travel _____ Resident _____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	
CONGO _____ Travel _____ Resident _____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	NIGERIA _____ Travel _____ Resident _____ Fecha(s): _____ Tiempo total: _____	

46	Desde 1977, ¿naciste, has vivido o has viajado a alguno de los países africanos mencionados anteriormente? En caso afirmativo , responda a la pregunta 47. Si la respuesta es no , pase a la pregunta 48. a) Utilice la tabla de arriba y marque todas las casillas correspondientes de arriba para identificar el país o países, el motivo, las fechas y la hora total que corresponde.	Y ☐	N ☐
	47. Mientras se encontraba en uno de los países africanos enumerados anteriormente, ¿recibió una transfusión de sangre o cualquier otro tratamiento médico con un producto hecho de sangre?	Y ☐	N ☐
48	¿Ha tenido contacto sexual con alguien que haya nacido o vivido en alguno de los países africanos mencionados anteriormente desde 1977 ?	Y ☐	N ☐
49	¿Algún antecedente de enfermedad respiratoria aguda? En caso afirmativo , por favor describe _____	Y ☐	N ☐
50	¿Hay alguna enfermedad tuberculosa activa o antecedentes de tratamiento antituberculoso? En caso afirmativo , por favor describe _____	Y ☐	N ☐
51	Evaluación del riesgo de tuberculosis: A-E debe ser completa		
	A) ¿Alguna vez ha tenido una prueba positiva para la infección de tuberculosis (TB) o un diagnóstico médico de enfermedad de tuberculosis, infección de tuberculosis o infección de tuberculosis latente (LTBI)?	Y ☐	N ☐
	B) ¿Alguna vez ha vivido con una persona que tiene tuberculosis o ha estado en contacto cercano con una persona con tuberculosis? En caso afirmativo , responda F.	Y ☐	N ☐
	C) ¿Alguna vez ha vivido o trabajado en un entorno congregado de alto riesgo? (por ejemplo, cárcel, prisión, centro correccional, centro de atención a largo plazo, refugio para personas sin hogar, etc.) En caso afirmativo , responda F.	Y ☐	N ☐
	D) ¿Nació, ha vivido o ha viajado alguna vez a alguna de las siguientes áreas del mundo donde la tuberculosis es común? [por ejemplo, América Latina, el Caribe, África, Europa Oriental de Asia (Bielorrusia, Bulgaria, Eslovaquia, Hungría, Moldavia, Polonia, República Checa, Rumania y Ucrania) y Rusia] En caso afirmativo , responda F.	Y ☐	N ☐
	E) ¿Tiene problemas de inmunidad (por ejemplo, diabetes, enfermedad renal crónica o toma un medicamento que afecta su sistema inmunológico)? En caso afirmativo , responda F.	Y ☐	N ☐

CUESTIONARIO DE SALUD

ÚLTIMOS 4 DÍGITOS SS# DE LA MADRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE: _____

	F) En caso afirmativo a las preguntas 51 B-E anteriores, ¿informa de alguno de los siguientes síntomas compatibles con la tuberculosis? Síntomas: Tos que dura 3 semanas o más, dolor en el pecho, tos con sangre o esputo, debilidad o fatiga, pérdida de peso o pérdida muscular inexplicable, pérdida del apetito, fiebre, escalofríos o sudores nocturnos, ganglios linfáticos inflamados generalizados, sangre en la orina,	Y ☐	N ☐
52	a.) ¿Usted y/o el padre del bebé fueron adoptados en la primera infancia?	Y ☐	N ☐
	b.) En caso afirmativo, ¿hay antecedentes médicos familiares disponibles para usted y/o el padre del bebé?	Y ☐	N ☐
53	¿Usted y el padre del bebé están emparentados, excepto por matrimonio? (por ejemplo, primos hermanos)	Y ☐	N ☐
54	A.) ¿En este embarazo se utilizó un óvulo o esperma de un donante?	Y ☐	N ☐
	B.) En caso afirmativo, ¿hay un cuestionario de antecedentes médicos familiares disponible para el donante de óvulos o esperma? (adjunte copia) Nombre de la clínica: _____	Y ☐	N ☐

	¿Alguna vez ha tenido un resultado anormal de una prueba prenatal (por ejemplo, amniocentesis, análisis de sangre y ecografía)? En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas (A-C).	Y ☐	N ☐
55	A) ¿Qué prueba fue anormal? _____		
	B) ¿Cuál fue el resultado anormal de la prueba? _____		
	C) ¿Se hizo un diagnóstico? Especificar diagnóstico: _____		
56	¿Ha tenido algún hijo que haya muerto dentro de los primeros 10 años de vida?	Y ☐	N ☐
	En caso afirmativo , ¿cuál fue la causa? _____		
57	¿Alguna vez has tenido un hijo muerto?	Y ☐	N ☐
	En caso afirmativo , ¿cuál fue la causa? _____		
58	¿Has tenido un diagnóstico médico de infección por ZIKV (Zika) en algún momento durante tu embarazo?	Y ☐	N ☐
59	¿Has residido o viajado a un área con transmisión activa del ZIKV (Zika) en algún momento durante tu embarazo?	Y ☐	N ☐
60	¿Ha tenido relaciones sexuales durante el embarazo con un hombre o una mujer que se sabe que tiene:		
	a) Un diagnóstico médico de ZIKV (Zika) dentro de los seis meses anteriores a ese contacto. b) Residió o viajó a un área con transmisión activa del ZIKV (Zika) dentro de los seis meses anteriores a ese contacto.	Y ☐	N ☐

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES

Para las siguientes preguntas, utilice los siguientes códigos para describir la relación entre el bebé y un miembro de la familia con una enfermedad:

Códigos de relación familiar: BM Madre del bebé BGP Abuelo del bebé BMS Madre del bebé Hermano
 BF Padre del bebé BS Hermano del bebé BFS Hermano del padre del bebé

(Los hermanos de los padres (BMS y BFS) se refieren a las tías y tíos del bebé por sangre y no incluyen a las tías y tíos que son suegros de los padres).

	¿Cáncer o leucemia?	Y ☐	N ☐				FAMILIA INMEDIATA SOLAMENTE
61	En caso afirmativo, especifique todas las que correspondan. Si la respuesta es no, pase a la siguiente pregunta.			BM	BF	BS	
	A) Cáncer cerebral u otro cáncer del sistema nervioso			☐	☐	☐	
	B) Cáncer de hueso o articulaciones			☐	☐	☐	
	C) Cáncer de riñón (incluso renal pélvico)			☐	☐	☐	

CUESTIONARIO DE SALUD

ÚLTIMOS 4 DÍGITOS SS# DE LA MADRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE: _____

D) Cáncer de tiroides	☐	☐	☐	
E) Linfoma de Hodgkin	☐	☐	☐	
F) Linfoma no Hodgkin	☐	☐	☐	
G) Leucemia mielógena/mieloide aguda o crónica	☐	☐	☐	
H) Leucemia linfocítica/linfoblástica aguda o crónica	☐	☐	☐	
I) Cáncer de piel	☐	☐	☐	
J) Otros tipos de cáncer/leucemia Especifique el tipo: _____ Especifique el tipo: _____	☐	☐	☐	

62	¿Enfermedad de los	Y ☐	N ☐							
	En caso afirmativo , especifique todas las que correspondan. <i>Si la respuesta es</i>				BM	BF	BS	BGP	BMS	BFS
	A) Síndrome de Diamond-Blackfan	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	B) Eritrocitosis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	C) Deficiencia de G6PD u otra enzima de glóbulos rojos	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	D) Esferocitosis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

63	¿Enfermedad de los glóbulos	Y ☐	N ☐							
	En caso afirmativo , especifique todas las que correspondan. <i>Si la respuesta es no</i>				BM	BF	BS	BGP	BMS	BFS
	a) Enfermedad granulomatosa crónica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	B). Síndrome de Kostmann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	C) Síndrome de Schwachman-Diamond	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	d) Deficiencia de adherencia leucocitaria (DA)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

64	¿Inmunodeficiencias?	Y ☐	N ☐							
	En caso afirmativo , especifique todas las que correspondan. <i>Si la respuesta es no, pase a la siguiente pregunta.</i>				BM	BF	BS	BGP	BMS	BFS
	a) Deficiencia de ADA o PNP	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	B) Síndrome de Inmunodeficiencia Combinada (CID), Enfermedad de Inmunodeficiencia Común Variable (CVID)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	C) Síndrome de DiGeorge	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	d) Linfocitosis hemofagocítica hereditaria (HLH) incluyendo FEL	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	E) Hipoglobulinemia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	F) Síndrome de Nezeloff	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	G) Inmunodeficiencia combinada grave	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	H) Síndrome de Wiskott-Aldrich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

65	¿Enfermedad plaquetaria?	Y ☐	N ☐							
	En caso afirmativo , especifique todas las que correspondan. <i>Si la respuesta es no, pase a la siguiente pregunta</i>				BM	BF	BS	BGP	BMS	BFS
	A) Trombocitopenia amegacariocítica	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	B) Trombastenia de Glanzmann	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	c) Trombocitopenia hereditaria	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	d) Enfermedad de la piscina de almacenamiento de plaquetas	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	E) Trombocitopenia con radios ausentes (TAR)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	F) Ataxia-Telangiectasia	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	g) Anemia de Fanconi	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
66	Otro trastorno o problema sanguíneo	Y ☐	N ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

CUESTIONARIO DE SALUD

ÚLTIMOS 4 DÍGITOS SS# DE LA MADRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE: _____

Problemas de hemoglobina				BM	BF	BS	BGP	BMS	BFS
67	¿Enfermedad de células falciformes, como anemia de células falciformes o talasemia falciforme?	Y ☐	N ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Especificar la enfermedad: _____								
68	¿Talasemia, como alfa talasemia o beta-talasemia?	Y ☐	N ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	¿Enfermedad metabólica/de almacenamiento?			Y ☐	N ☐				
En caso afirmativo, especifique todas las que correspondan. Si la respuesta es no, pase a la siguiente pregunta.				BM	BF	BS	BGP	BMS	BFS
69	A) Síndrome del Lanzador (MPS I)			☐	☐	☐	☐	☐	☐
	B) Síndrome de Hurler-Scheie (MPS I H-S)			☐	☐	☐	☐	☐	☐
	C) Síndrome de Hunter (MPS II)			☐	☐	☐	☐	☐	☐
	D) Síndrome de Sanfilippo (MPS III)			☐	☐	☐	☐	☐	☐
	e) Síndrome de Morquio (MPS IV)			☐	☐	☐	☐	☐	☐
	f) Síndrome de Maroteaux-Lamy (MPS VI)			☐	☐	☐	☐	☐	☐
	G) Síndrome Sly (MPS VII)			☐	☐	☐	☐	☐	☐
	H) Enfermedad de las células I			☐	☐	☐	☐	☐	☐
	i) Leucodistrofia globoide (enfermedad de Krabbe)			☐	☐	☐	☐	☐	☐
	J) Leucodistrofia metacromática (MLD)			☐	☐	☐	☐	☐	☐
	K) Adrenoleucodistrofia (ALD)			☐	☐	☐	☐	☐	☐
	L) Enfermedad de Sandhoff			☐	☐	☐	☐	☐	☐
	M) Enfermedad de Tay-Sachs			☐	☐	☐	☐	☐	☐
	N) Enfermedad de Gaucher			☐	☐	☐	☐	☐	☐
	O) Enfermedad de Niemann Pick			☐	☐	☐	☐	☐	☐
	P) Porfiria			☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Q) Otra enfermedad metabólica/de almacenamiento o desconocida, Detalles: _____			☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trastornos adquiridos del sistema inmunitario				BM	BF	BS	SOLO PARA FAMILIARES INMEDIATOS		
70	¿VIH/SIDA?	Y ☐	N ☐	☐	☐	☐			
	¿Trastorno autoinmune grave?	Y ☐	N ☐	☐	☐	☐			
En caso afirmativo, especifique todo lo que corresponda, incluido el suministro de la otra información solicitada. Si la respuesta es no, pase a la siguiente				BM	BF	BS			
71	a) Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa			☐	☐	☐			
	B) Lupus			☐	☐	☐			
	C) Esclerosis múltiple (EM)			☐	☐	☐			
	D) Artritis reumatoide			☐	☐	☐			
	Fecha de diagnóstico: _____ ¿Está actualmente bajo cuidado de un médico? Describir: _____								
72	¿Algún diagnóstico de otro trastorno del sistema inmunitario o de	Y ☐	N ☐	BM	BF	BS			
	Especificar desorden: _____			☐	☐	☐			
				BM	BF	BS	BGP	BMS	BFS
73	¿Requieren transfusiones de sangre crónicas?	Y ☐	N ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
74	¿Le han dicho que usted o su(s) familiar(es) tiene anemia hemolítica?	Y ☐	N ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
75	¿Se extirpó el bazo para tratar un trastorno de la sangre?	Y ☐	N ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
76	¿Se extirpó la vesícula biliar antes de los 30 años?	Y ☐	N ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
77	¿Tuviste la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ)?	Y ☐	N ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
78	¿Otras enfermedades graves o potencialmente mortales que afecten a la familia?	Y ☐	N ☐	BM	BF	BS	BGP	BMS	BFS

CUESTIONARIO DE SALUD

ÚLTIMOS 4 DÍGITOS SS# DE LA MADRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE: _____

En caso afirmativo , haga una lista de los familiares afectados y el tipo de enfermedad						
Especifique el tipo: _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Especifique el tipo: _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Especifique el tipo: _____	☐	☐	☐	☐	☐	☐

79	Al responder a estas preguntas, ¿ha respondido tanto para su familia como para la familia del padre del bebé?	Y ☐	N ☐	
-----------	---	----------------------------	----------------------------	--

THE INITIAL REVIEW		<i>WILL BE COMPLETED BY THE CFL MEMBER COLLECTION SPECIALIST, ONLY</i>	
I have performed and reviewed the above responses and have determined that the initial state of this headquarters is (☒ one):			
☐	Acceptable: All CFL HQ requirements are met.	☐	Follow-up – Further follow-up by CFL is required for final state determination.
Reviewed by: _____		Date(s): _____	

CFL REVIEW TO BE COMPLETED BY CORD FOR LIFE, INC (CFL) ONLY			
CUSTOMER SERVICES REVIEW (☒ one) ☐ N/A		LAB REVIEW (one ☒)	
☐	HQ-OK	☐	Defer
☐	Unusual Finds	☐	Ineligible
☐	Other: _____	☐	Other: _____
Reviewed by: _____		Reviewed by: _____	
Date(s): _____		Date(s): _____	



DONACIÓN, CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LIBERACIÓN - HOSPITAL/CENTRO DE MATERNIDAD

Yo, el abajo firmante, deseo la recolección de la sangre del cordón umbilical de mi bebé por nacer para donarla. He elegido utilizar los servicios de Cord For Life para lograr la donación deseada. Para que se produzca la donación es necesario recolectar y guardar la sangre de la placenta y el cordón umbilical después del nacimiento de mi bebé, en lugar de desechar la sangre como desecho médico. La sangre del cordón umbilical recolectada se enviará a Cord For Life para su procesamiento y almacenamiento.

Mi médico, la persona designada por el médico, la partera o un especialista en recolección y capacitación en Cordón Umbilical For Life realizará la recolección de la sangre del cordón umbilical después del parto de mi bebé, mientras se produce el parto de la placenta. Utilizará los métodos proporcionados por Cord For Life en sus procedimientos operativos estándar. Pueden surgir condiciones médicas que impidan la recolección de la sangre del cordón umbilical y se decidirán a discreción exclusiva del médico tratante.

Entiendo que la donación de sangre de cordón umbilical incluye procedimientos médicos y que no puede haber garantía de éxito de los resultados del servicio. Además, en mi nombre y en el de mi bebé no nacido, nuestros respectivos herederos, sucesores y cesionarios, por la presente libero y eximo para siempre de responsabilidad al Hospital / Centro de Partos, y sus afiliados, sucesores, cesionarios, funcionarios, directores, empleados y agentes de todas y cada una de las acciones, causas de acción, reclamos, deudas, demandas, responsabilidades, convenios, controversias, omisiones y daños y todas y cada una de las demás reclamaciones de todo tipo, naturaleza y descripción de cualquier tipo, tanto en derecho como en equidad, que pueda surgir en relación con la recolección de la sangre del cordón umbilical en mi nombre y en el de mi bebé por nacer.

Apruebo que se compartan todos los resultados de las pruebas con otros centros médicos o de investigación que estén asociados con Cord For Life y cuyos estándares y políticas sigan todas las medidas de confidencialidad requeridas por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA).

MÉDICO - MUESTRA DONADA

Mi paciente desea la recolección de la sangre del cordón umbilical de su bebé por nacer para donarla a Cord For Life. Para que ocurra la donación, es necesario recolectar y guardar la sangre de la placenta y el cordón umbilical después del nacimiento del bebé de mi paciente, en lugar de desechar la sangre como desecho médico. La sangre del cordón umbilical obtenida se enviará a Cord For Life para su procesamiento y almacenamiento.

Yo o un especialista en recolección capacitado y aprobado por Cordón Vital realizaremos la recolección de la sangre del cordón umbilical después del nacimiento de su bebé, mientras se produce la expulsión de la placenta. La colección utilizará los métodos proporcionados por Cord For Life en sus procedimientos operativos estándar. El período de recolección será breve y Cord For Life proporcionará los protocolos y el equipo de recolección en el kit. Se hará todo lo posible para adquirir la mayor cantidad posible de sangre de cordón umbilical y se minimizará el riesgo de contaminación de la sangre materna, bacteriana o por hongos.

La salud y el bienestar de mi paciente y su bebé son la principal preocupación y responsabilidad y, en consecuencia, me reservo el derecho de renunciar a la recolección de la sangre del cordón umbilical si mi mejor juicio médico indica que es necesario.

Entiendo que la donación de sangre de cordón umbilical incluye procedimientos médicos y que no puede haber garantía de éxito de los resultados del servicio. Yo, en mi nombre, en el de mis herederos y sucesores y cesionarios, por la presente libero y descargo para siempre a Cord For Life y sus afiliados, sucesores, cesionarios, funcionarios, directores, empleados y agentes de todas y cada una de las acciones, causas de acciones, demandas, deudas, reclamaciones, responsabilidades, convenios y daños y todas y cada una de las demás reclamaciones de todo tipo, naturaleza y descripción, tanto en derecho como en equidad, que puedan surgir en relación con mi realización de la recolección de la sangre del cordón umbilical.

Cord For Life, en nombre de sí mismo, sus afiliados, cesionarios, funcionarios, directores, empleados y agentes, me libera y me libera para siempre a mí y a cada uno de mis herederos, sucesores y cesionarios de todas y cada una de las acciones, causas de acciones, demandas, deudas, reclamos, responsabilidades, convenios y daños y cualquier otra reclamación de todo tipo, naturaleza y descripción, tanto en derecho como en equidad, que puedan surgir en relación con mi realización de la recolección de la sangre del cordón umbilical.

Mi paciente, _____, me libera a mí y a cada uno de mis herederos, sucesores y cesionarios de todas y cada una de las acciones, causas de acción, reclamos, deudas, demandas, responsabilidades, convenios, controversias, omisiones y daños y cualquier otra reclamación de cualquier tipo, naturaleza y descripción, tanto en derecho como en equidad, que puedan surgir en relación con mi realización de la recolección de la sangre del cordón umbilical.

Además, entiendo que la donación de sangre de cordón umbilical es un programa voluntario y, como tal, no recibiré reembolso de Cord For Life por mis servicios en la recolección de la unidad de sangre de cordón umbilical. Por la presente, acepto realizar la recolección de sangre del cordón umbilical para mi paciente en nombre de Cord For Life como se describe en este documento.

Firma de la futura madre (Obligatorio) _____ Fecha _____

Firma del médico/partera ((Obligatorio) _____ Fecha _____

Imprimir Nombre completo de la futura madre _____

Nombre en letra de imprenta (médico/partera) _____

IMPORTANTE: ESTA PÁGINA DEBE SER FIRMADA POR USTED Y SU MÉDICO/PARTERA PARA RECIBIR UN KIT DE RECOLECCIÓN DE DONACIÓN DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL DE POR VIDA. PARA EVITAR RETRASOS EN LA REVISIÓN DE SU DOCUMENTACIÓN, ASEGÚRESE DE QUE LAS FIRMAS REQUERIDAS ESTÉN PRESENTES ANTES DE ENVIAR SUS FORMULARIOS. ALLARE



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y TRANSMISIÓN:

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un virus que puede transmitirse de las personas a través de los fluidos corporales, principalmente la sangre y el semen. La propagación no se produce a través del aire, los alimentos o el contacto social casual. Se transmite cuando la sangre o los fluidos corporales de una persona infectada se mezclan con los suyos. La transmisión sexual es principalmente el resultado de la transferencia y exposición a semen infectado. Tanto las mujeres como los hombres pueden transmitir el virus por vía sexual. El virus del VIH también se ha detectado en las secreciones vaginales, las lágrimas y la saliva, pero no se ha demostrado que la exposición a la saliva transmita la infección. Los usuarios de drogas intravenosas y las personas que reciben transfusiones de sangre pueden estar expuestos al virus a través de sangre o productos corporales infectados. Un bebé puede infectarse durante el embarazo, el parto o la lactancia si su madre tiene la enfermedad. Una persona puede portar el virus durante meses antes de dar positivo y puede ser portadora del virus durante meses o años antes de que aparezcan los síntomas. Una persona VIH positiva puede propagar la enfermedad aunque parezca sana.

Cuando el VIH entra en el torrente sanguíneo, invade y destruye las células del cuerpo para combatir las infecciones y el cáncer, y reduce la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones. El virus del VIH conduce al agotamiento del sistema inmunológico hasta el punto de que comienzan a desarrollarse infecciones que normalmente no se contraerían (infecciones oportunistas), momento en el que el paciente tiene SIDA. El virus del VIH no es lo que mata a una persona con SIDA, son las infecciones oportunistas las que causan la muerte.

COMPORTAMIENTOS QUE AUMENTAN EL RIESGO DE ESTAR EXPUESTO AL VIH:

Transfusión reciente de sangre, plasma o productos sanguíneos, uso de drogas intravenosas, especialmente al compartir agujas o jeringas, o tener contacto sexual con alguien que: ha dado positivo en la prueba de infección por VIH, está en riesgo de infección a través de prácticas sexuales, uso de drogas intravenosas o transfusión de sangre reciente, usa drogas intravenosas ilícitas, recibió transfusiones de sangre, plasma o factor de coagulación antes de 1985 o dentro de los últimos doce meses, tiene más de una pareja sexual, especialmente aquellas que podrían estar en riesgo de infección por el VIH, o es un hombre que ha tenido relaciones sexuales con otro hombre.

LA PRUEBA DEL VIH Y LAS PRUEBAS VOLUNTARIAS

Las pruebas del VIH son análisis de sangre para detectar la presencia del virus del VIH y anticuerpos contra el virus del VIH. Un resultado positivo de la prueba significa que usted ha estado expuesto al virus y que ha producido anticuerpos o está infectado. Puede que no signifique que usted tiene SIDA ahora o que se enfermará de SIDA en el futuro. Una prueba negativa significa que probablemente no esté infectado con el virus. Se tarda unos 12 días en detectar el virus desde el momento de la infección hasta el momento de la detección.

La prueba del VIH es voluntaria y los resultados son confidenciales por ley. Los resultados solo se pueden entregar a las personas que usted permita, y se debe firmar un formulario de autorización antes de divulgar esta información. La ley requiere que Cord For Life informe cualquier resultado positivo de la prueba de VIH al Departamento de Salud del Condado.

CONSENTIMIENTO (REQUERIDO)

He leído la información anterior y he respondido mis preguntas sobre la prueba del VIH. Acepto hacerme la prueba del VIH. Permiso que los resultados de las pruebas estén disponibles para Cord For Life y para mi médico privado, el Dr. _____.

Nombre completo impreso de la futura madre: _____ Fecha: _____

Firma de la futura madre (nombre completo impreso arriba): _____

PHYSICIAN'S ORDER FOR BLOOD TESTING (REQUIRED)

Rx Patient Name: _____

➡ It is an FDA requirement that Cord For Life performs maternal blood testing. **Tubes will be included with the cord blood collection kit to be drawn at the hospital/birthing center during labor and delivery.**

ORDER: Maternal Blood Draw for:

HIV-1 and HIV-2 (antibody to the AIDS virus)
HEPATITIS B (HBsAg & HbAb)
HTLV-I and HTLV-II
CMV,
WNV

HCV/HIV NAT (Hepatitis C and AIDS virus by Nucleic Acid Test)
HEPATITIS C VIRUS (Anti-HCV)
SYPHILIS,
ABO Rh
CHAGAS DISEASE

Printed Name of Physician or Midwife: _____ Date: _____

Signature of Physician or Midwife: _____

IMPORTANTE: ESTA PÁGINA DEBE SER FIRMADA POR USTED Y SU MÉDICO/PARTERA PARA RECIBIR UN KIT DE RECOLECCIÓN DE DONACIÓN DE SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL DE POR VIDA. PARA EVITAR RETRASOS EN LA REVISIÓN DE SU DOCUMENTACIÓN, ASEGÚRESE DE QUE LAS FIRMAS REQUERIDAS ESTÉN PRESENTES ANTES DE ENVIAR SUS FORMULARIOS AL LUGAR.



Socio de Colección de la Fundación Cord for Life

VI. **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA Y RETIRADA**

Depende de usted si desea donar la sangre del cordón umbilical de su bebé para la investigación médica. Si decide no hacerlo, su unidad se desechará como residuo médico.

Si decide donar la sangre del cordón umbilical de su bebé para la investigación médica, puede cambiar de opinión en cualquier momento en el futuro. Si decide que no desea que la sangre del cordón umbilical de su bebé se utilice para la investigación médica, la sangre del cordón umbilical de su bebé se destruirá si aún no se ha utilizado. Esto no afectará su relación con **Cord for Life®**. Para retirar su unidad, envíe una carta notariada al Departamento de Servicios al Cliente de **Cord for Life®**.

VII. **ALTERNATIVA A LA PARTICIPACIÓN**

Puede optar por no donar la sangre del cordón umbilical de su bebé para investigaciones médicas. Si decide no hacerlo, su unidad se desechará como residuo médico.

VIII. **PREGUNTAS O INQUIETUDES**

Si tiene preguntas, inquietudes o quejas sobre la donación de la sangre del cordón umbilical de su bebé para la investigación médica, comuníquese con *Donald Hudspeth (Director de Operaciones de Laboratorio)* en dhudspeth@cordforlife.com o *Kathryn Dunbar (Directora de Aseguramiento de Calidad)* en kdunbar@cordforlife.com. Si tiene preguntas o inquietudes sobre sus derechos como sujeto de investigación o sobre posibles riesgos y lesiones, comuníquese con *Donald Hudspeth (Director de Operaciones de Laboratorio)* en dhudspeth@cordforlife.com.

IX. **PROMOCIÓN DE LOS DONANTES**

Si tiene inquietudes adicionales y desea información de una fuente imparcial, **Cord for Life®** sugiere visitar los siguientes sitios web:

Programa NMDP-Be the Match®: <https://bethematch.org/Support-the-Cause/Donate-cord-blood/>

Guía para padres sobre la sangre del cordón umbilical: <http://parentsguidecordblood.org/>

Fundación Save the Cord: <http://www.savethecordfoundation.org/>

X. **Declaración de consentimiento del SUJETO**

He leído ambas páginas de este formulario de consentimiento y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

Acepto voluntariamente donar la sangre del cordón umbilical de mi bebé para estudios de investigación médica, si no se puede usar para el trasplante, como se define en este formulario de consentimiento.

La información de Defensa de los Donantes me fue proporcionada por **Cord for Life®**.

Firma de la madre

Fecha

Nombre impreso de la madre

PARA QUE LO COMPLETE EL REPRESENTANTE DE CORD FOR LIFE, INC.

Certificación de Consejería Profesional de la Salud

Certifico que la naturaleza y el propósito, los beneficios potenciales y los posibles riesgos asociados con la donación de sangre de cordón umbilical para la investigación se han explicado a la persona mencionada anteriormente y que cualquier pregunta sobre esta información ha sido respondida.

Consejería Profesional de la Salud

Fecha

Uso de un intérprete: Completo si el sujeto no habla inglés con fluidez y se utilizó un intérprete para obtener el consentimiento.

Escriba el nombre del intérprete: _____ Fecha: _____

Firma del intérprete: _____ Fecha: _____

Una traducción oral de este documento fue administrada al sujeto en (idioma estatal) por una persona que domina el inglés y (idioma del Estado). Consulte el apéndice del formulario abreviado adjunto para obtener documentación.

Cord for Life®, Inc. (CFL)

270 Northlake Blvd., Suite 1012, Altamonte Springs, FL 32701
(800) 869-8608 / (407) 834-8333