

INFORMACIÓN PREVIA A LA DONACIÓN DE SANGRE	INFORMATIE OVER BLOEDDONATIE
<p>Usted desea efectuar una donación de sangre. Antes de la entrevista con el médico le pedimos por favor que lea atentamente esta hoja informativa. Las condiciones descritas le permiten autoexcluirse como donante si se encuentra en alguno de estos supuestos que prohíben legalmente la donación. Las preguntas que le formulará el médico en la entrevista son muy importantes y tienen como único objetivo proteger su salud, evitando una donación de sangre en condiciones inadecuadas para usted, y al mismo tiempo garantizar la máxima seguridad para el enfermo que recibirá su sangre. Si usted tiene alguna duda o no entiende alguna pregunta, indíquelo por favor al médico que le entrevistará.</p>	<p>U wilt bloed doneren. Voor het gesprek met de arts, vragen we U deze informatie goed te lezen. Indien één van de verderop beschreven situaties op U van toepassing is, kunt U uitgesloten worden van deelname aan het donatieprogramma. De vragen die de arts stelt in het gesprek zijn erg belangrijk en hebben als doel het beschermen van Uw gezondheid -door het vermijden van bloeddonatie als U niet in een adequate gezondheidstoestand verkeert-, en het garanderen van de maximale veiligheid voor de patiënt die het bloed zal ontvangen. Als u twijfels heeft of de onderstaande vragen niet duidelijk voor U zijn, geeft U dit svp aan tijdens het gesprek met de arts.</p>
<p>Nosotros le agradecemos de antemano su atención y la sinceridad de sus respuestas. La confidencialidad está asegurada por el secreto médico.</p>	<p>Wij waarderen uw aandacht en de oprechtheid van uw antwoorden. Vertrouwelijkheid wordt gegarandeerd door het medisch beroepsgeheim.</p>
<p>LA SEGURIDAD TRANSFUSIONAL ES UN OBJETIVO PRINCIPAL DE LA SALUD PÚBLICA.</p>	<p>VEILIGHEID BIJ BLOEDTRANSFUSIES IS EEN CRUCIALE DOELSTELLING VAN DE VOLKSGEZONDHEID.</p>
<p>Con el objetivo de evitar todo riesgo de infección de un enfermo con motivo de una transfusión sanguínea, se ruega a todas las personas que estén o hayan estado expuestas a posible contagio de enfermedades víricas (hepatitis, SIDA) que no donen sangre. La sangre que usted done será analizada de acuerdo con la legislación vigente.</p>	<p>Om elk risico van besmetting van een patiënt tijdens een bloedtransfusie te voorkomen, vragen wij alle mensen die zijn blootgesteld aan mogelijke verspreiding van virale ziekten (hepatitis, aids) geen bloed geven. Het bloed dat u doneert zal worden geanalyseerd in overeenstemming met de huidige wetgeving.</p>
<p>Si usted está afectado por alguna de las situaciones descritas a continuación le rogamos que no done sangre:</p>	<p>Als één van de beschreven situaties op U van toepassing is, dan verzoeken wij geen bloed te doneren:</p>
<p>Si tiene de forma habitual distintas parejas sexuales.</p>	<p>Als u regelmatig verschillende seksuele partners heeft.</p>
<p>Si usted ha consumido drogas intravenosas aunque solo haya sido una única vez, o haya sido utilizando material desechable o incluso aunque haga mucho tiempo de ello.</p>	<p>Als u ooit drugs geïnjecteerd heeft, al is het maar slechts één keer geweest, of als U daarbij gebruik gemaakt heeft van wegwerpmateriaal, ook al is het lang geleden geweest.</p>
<p>Si usted ha tenido en algún momento de su vida relaciones sexuales a cambio de dinero o de drogas.</p>	<p>Als u op een bepaald punt in uw leven sexueel contact heeft gehad in ruil voor geld of drugs.</p>
<p>Si su pareja sexual está afectada por</p>	<p>Als uw seksuele partner voldoet aan één van</p>

cualquiera de las situaciones mencionadas anteriormente.	de bovenstaande situaties.
Si su pareja sexual es seropositiva para el virus del SIDA, de la hepatitis B o de la hepatitis C.	Als uw seksuele partner HIV-positief is voor het aids-virus, hepatitis B of hepatitis C.
RECONOCIMIENTO:	ERKENNING:
Con firma declaro que:	Door ondertekening bevestig ik dat:
No me encuentro en ninguna de las circunstancias que excluyen de la donación de sangre y he tenido la oportunidad de pedir aclaraciones y de excluirme de la donación.	Dat geen van de beschreven situaties, die me van donatie zouden uitsluiten, op mij van toepassing is en dat ik in de gelegenheid ben gesteld om vragen te stellen en af te zien van de donatie.
Doy mi consentimiento para efectuar voluntariamente una donación de sangre.	Ik ga akkoord met een vrijwillige donatie van bloed.
Doy mi consentimiento para que Incluyan mis datos en un fichero automatizado propiedad del CTCV cuya finalidad es el desarrollo del Plan de Hemodonación y Hemoterapia de la Comunidad Valenciana, y sobre el que podré ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Ley Orgánica 15/1999).	Ik ga ermee akkoord dat mijn gegevens opgenomen worden in een geautomatiseerd bestand van de CTCV met als doel de ontwikkeling van het "Plan de Hemodonación y Hemoterapia" in de Comunidad Valenciana en waarop ik het recht van toegang, correctie, annulering en oppositie kan uitoefenen (Ley Orgánica 15/1999).
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para que se cedan a las Asociaciones de Donantes mis datos personales, así como el número de donaciones realizadas y mi grupo sanguíneo, autorizando el uso de los citados datos exclusivamente para comunicaciones e informaciones propias del fin social de las mismas, reservándome sobre los citados datos los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (Ley Orgánica 15/1999)	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ik geef mijn toestemming aan de "Asociaciones de Donantes" om mijn persoonlijke gegevens als ook het aantal donaties en mijn bloedgroep, te gebruiken uitsluitend voor communicaties gerelationeerd aan de doelstelling van deze, met behoud van het recht op recht van toegang, correctie, annulering en oppositie op deze gegevens (Ley Orgánica 15/1999)

Nombre, Firma y Fecha:

Nº UNIDAD

Ha comprendido la información que acaba de firmar	Heeft de door hem/haar ondertekende informatie begrepen	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Es usted donante	U bent donor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En alguna ocasión ha tenido algún incidente durante o después de la donación	U hebt ooit een probleem gehad tijdens of na de donatie	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha sido rechazado en alguna ocasión para donar sangre	U bent wel eens afgewezen voor donatie	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Recibe algún tipo de tratamiento médico en este momento. Ha tomado aspirina o antiinflamatorios hace menos de 5 días	U krijgt momenteel een medisch behandeling. U heeft aspirine of ontstekingsremmers genomen gedurende de afgelopen 5 dagen	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha recibido en alguna ocasión tratamiento con Tigason o Neo-Tigason. Ha recibido tratamiento con Roacutan, Proscar o Propecia en los últimos 30 días	U bent ooit behandeld met Tigason o Neo-Tigason. U heeft in de afgelopen 30 dagen behandeling gehad met Roacutan, Proscar of Propecia.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En algún momento de su vida ha padecido algún problema importante de salud: Enfermedades del corazón, pulmones, aparato digestivo, riñones, sistema nervioso central, epilepsia, piel, psiquiatría, intervenciones quirúrgicas, o enfermedades infecciosas como tuberculosis, leishmaniosis, tripanosomiasis, brucelosis, fiebre Q, toxoplasmosis o mononucleosis. Especificar:	U heeft in uw medische voorgeschiedenis een belangrijk probleem met Uw gezondheid gehad: Ziekten aan hart, longen, spijsverteringskanaal, nieren, zenuwstelsel, epilepsie, huid, psychiatrie, chirurgische behandelingen of besmettelijke ziekten als tuberculose, leishmaniose, tripanosomiasis, brucelose, Q-koorts, toxoplasmose of mononucleose (Pfeifer):	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha padecido usted algún episodio alérgico grave o crisis asmática	U hebt een ernstige allergie of asma aanval gehad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Indíquenos si le afecta alguna de las siguientes situaciones: Antecedentes de injertos (tímpano, córnea, óseo, piel, de cualquier otro tipo), tratamiento con hormona de crecimiento antes de 1989, cirugía cerebral o algún familiar con diagnóstico de enfermedad de Creutzfeld-Jakob	Geef aan of U de volgende situaties op U van toepassing zijn: Voorgeschiedenis van transplantaten (trommelvlies, hoornvlies, bot, huid of ander), behandeling met groeihormoon vóór 1989, hersenchirurgie of een familielid met de diagnose Creutzfeld-Jakob	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En los últimos 6 meses ha viajado a algún país con riesgo de malaria y donde le hayan aconsejado quimioprofilaxis para esta enfermedad antes de viajar. Ha padecido alguna enfermedad parasitaria después de algún viaje	Hebt U de afgelopen 6 maanden gereis in een gebied waar malaria heerst en waar U aangeraden is preventieve medicijnen te nemen? Hebt U wel eens een parasitaire infectie gehad na een reis?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha recibido una transfusión de sangre. ¿Cuándo?	Heeft een bloedtransfusie ontvangen? Zo ja, wanneer?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Le han efectuado algún tipo de intervención quirúrgica (incluyendo extracciones dentarias), ¿Cuándo?	Heeft wel eens een chirurgische interventie gehad (ook tandtrekkingen)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Le han efectuado cualquier tipo de exploración endoscópica en los últimos 12	Hebt U de laatste 12 maanden een endoscopische onderzoeking	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

meses	gehad?	
Convive íntimamente con enfermos portadores del virus de la hepatitis B, C o VIH	Woont U samen met dragers van het hepatitis B, C of HIV virus?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se ha efectuado algún tatuaje, piercing o tratamiento de acupuntura, en los últimos 12 meses	Hebt U de afgelopen 12 maanden een tatoeage, een piercing of acupunctuur ondergaan?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si es usted mujer, ha dado a luz hace menos de 9 meses o se ha sometido a una interrupción voluntaria del embarazo. ¿Cuándo?	Vrouwen: Heeft U de afgelopen 9 maanden een bevalling gehad of een abortus? Zo ja, wanneer?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha tenido fiebre o alguna infección en la última semana	Hebt U de afgelopen week koorts of een infectie gehad?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha residido durante más de un año, acumulativo, en el Reino Unido (Inglaterra, Escocia, Gales, Irlanda del Norte, Islas de Man y del Canal) durante el período comprendido entre 1980 y 1986	Hebt U opgeteld gedurende meer dan een jaar in het Verenigd Koninkrijk (Engeland, Schotland, Wales, Noord-Ierland, Eiland van Man en het Kanaal) gewoond tijdens de periode tussen 1980 en 1986	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES/ OPMERKINGEN:		

Información y cuestionario facilitados por www.clinicabenissa.com