

INFORMACIÓN PREVIA A LA DONACIÓN DE SANGRE	INFORMATION VOR DER BLUTSPENDE
<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>Sie möchten gerne Blut spenden. Bevor Sie mit dem Arzt sprechen, bitten wir Sie, dieses Informationsblatt genau zu lesen. Danach können Sie selbst abwägen, ob Sie zum Blutspenden geeignet sind. Die Beantwortung der Fragen, die Ihnen gestellt werden, ist sehr wichtig. Ziel dieser Befragung ist es, Ihre Gesundheit und die eines möglichen Blutempfängers zu schützen. Falls Sie Zweifel haben oder eine Frage nicht verstehen, dann klären Sie dies bitte mit dem Arzt in einem Gespräch.</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>Wir danken Ihnen im Voraus für Ihr Entgegenkommen und Ihre Antworten. Vertraulichkeit ist durch die ärztliche Schweigepflicht garantiert.</p>
<p>LA SEGURIDAD TRANSFUSIONAL ES UN OBJETIVO PRINCIPAL DE LA SALUD PÚBLICA.</p>	<p>DIE SICHERHEIT BEI TRANSFUSIONEN IST EIN GRUNDSÄTZLICHES ZIEL DER ÖFFENTLICHEN GESUNDHEIT.</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>Um das Risiko einer Infektion eines Patienten während einer Bluttransfusion auszuschliessen, werden alle Personen, die einer möglichen Ansteckungsgefahr einer Viruskrankheit (Hepatitis, Aids) ausgesetzt waren oder sind, gebeten, kein Blut zu spenden.</p>
<p>Si usted está afectado por alguna de las situaciones descritas a continuación le rogamos que no done sangre:</p>	<p>Das gespendete Blut wird nach der geltenden Gesetzgebung analysiert. Falls Sie von einer der nachstehenden Situationen betroffen sind, spenden Sie bitte kein Blut:</p>
<p>Si tiene de forma habitual distintas parejas sexuales.</p>	<p>Wenn Sie regelmäßig verschiedene Sexualpartner haben.</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>Wenn Sie intravenös Drogen eingenommen haben, auch wenn es nur einmal war, oder wenn Sie Wegwerfspritzen benutzt haben, selbst wenn dies schon sehr lange her ist.</p>
<p>Si usted ha tenido en algún momento de su vida relaciones sexuales a cambio de dinero o de drogas.</p>	<p>Wenn Sie Geschlechtsverkehr für Geld oder Drogen hatten.</p>
<p>Si su pareja sexual está afectada por</p>	<p>Wenn Ihr Sexualpartner von einem der</p>

cualquiera de las situaciones mencionadas anteriormente.	vorherigen Punkte betroffen ist.
Si su pareja sexual es seropositiva para el virus del SIDA, de la hepatitis B o de la hepatitis C.	Wenn Ihr Sexualpartner HIV-positiv ist oder wenn er Hepatitis B oder C hat.
RECONOCIMIENTO:	EINWILLIGUNG
Con firma declaro que:	Mit meiner Unterschrift erkläre ich:
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.	Dass keine dieser Situationen für mich zutrifft und dass ich die Gelegenheit gehabt habe, Fragen zu klären und mich auch von der Blutspende auszuschließen.
Doy mi consentimiento para efectuar voluntariamente una donación de sangre.	Ich bin einverstanden, freiwillig Blut zu spenden.
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).	Ich bin damit einverstanden, dass man meine Daten in einer Datenbank der CTCV (Centro de Transfusió de la Comunitat Valenciana) aufgenommen werden, deren Zweck es ist, die Planung von Blutspendeaktionen und der Arbeit mit gespendetem Blut im Land Valencia fortzuschreiben (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"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten sowie die Anzahl der realisierten Blutspenden und meine Blutgruppe an Spenderverbände weitergegeben werden und diese nur für Informationen und Mitteilungen in dieser Angelegenheit benutzt werden dürfen. Ich behalte mir das Recht vor, diese Daten einzusehen, richtigzustellen, zu löschen und zu widerrufen (Ley Orgánica 15/1999).

Nombre, Firma y Fecha:

Nº UNIDAD

Ha comprendido la información que acaba de firmar	Haben Sie die Informationen verstanden, die Sie unterschrieben haben?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Es usted donante	Haben Sie schon einmal Blut gespendet?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En alguna ocasión ha tenido algún incidente durante o después de la donación	Hatten Sie jemals einen Zwischenfall während oder nach der Blutspende?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha sido rechazado en alguna ocasión para donar sangre	Wurden Sie jemals beim Blutspenden abgelehnt?	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	Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung? Haben Sie in den letzten 5 Tagen Aspirin oder ein entzündungshemmendes Mittel eingenommen?	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	Wurden Sie jemals mit Togason oder Neo-Tigason behandelt? Wurden Sie in den letzten 30 Tagen mit Roacutan, Proscar oder Propecia behandelt?	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:	Hatten Sie jemals in Ihrem Leben ein wichtiges gesundheitliches Problem wie Herz-, Lungen- oder Nierenkrankheiten, Krankheiten im Verdauungsapparat oder Zentralnervensystem, Epilepsie, Hautkrankheiten, psychiatrische Krankheiten, chirurgische Eingriffe oder ansteckende Krankheiten wie Tuberkulose, Leishmaniosis, Schlafkrankheit, Brucellose (Mittelmeerfieber), Q-Fieber, Toxoplasmosis oder Pfeiffersches Drüsenfieber? Genau aufführen:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha padecido usted algún episodio alérgico grave o crisis asmática	Hatten Sie jemals eine schwere Allergie oder asthmatische Probleme?	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	Geben Sie bitte an, ob eine der folgenden Situationen für Sie zutreffend ist: Gewebe- oder Organverpflanzungen (Trommelfell, Augenhornhaut, Knochen, Haut oder anderer Art), Behandlung mit Wachstumshormonen vor 1989, Hirnchirurgie. Haben Sie einen Familienangehörigen, bei dem die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit diagnostiziert wurde?	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 quimioprolaxis para esta enfermedad antes de viajar. Ha padecido alguna enfermedad parasitaria	Sind Sie in den letzten 6 Monaten in ein Land mit Malariarisiko gereist und hat man Ihnen die Einnahme von vorbeugenden Mitteln vor der Reise empfohlen?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

después de algún viaje	Hatten Sie nach einer Reise eine parasitäre Krankheit?	
Ha recibido una transfusión de sangre. ¿Cuándo?	Haben Sie eine Bluttransfusion erhalten? Wann?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Le han efectuado algún tipo de intervención quirúrgica (incluyendo extracciones dentarias), ¿Cuándo?	Wurden Sie jemals operiert (inklusive Zahnziehen)? Wann?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Le han efectuado cualquier tipo de exploración endoscópica en los últimos 12 meses	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten endoskopisch untersucht?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Convive íntimamente con enfermos portadores del virus de la hepatitis B, C o VIH	Leben Sie mit jemandem zusammen, der HIV- oder Hepatitis-B/C- Träger ist?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se ha efectuado algún tatuaje, piercing o tratamiento de acupuntura, en los últimos 12 meses	Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten tätowieren oder piercen lassen oder hatten Sie eine Akupunkturbehandlung?	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?	Wenn Sie eine Frau sind, hatten Sie in den letzten 9 Monaten eine Geburt oder einen freiwilligen Abgang? Wann?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Ha tenido fiebre o alguna infección en la última semana	Hatten Sie in der letzten Woche Fieber oder eine Infektion?	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	Haben Sie zwischen 1980 und 1986 kumulativ mehr als ein Jahr in Großbritannien (England, Schottland, Wales, Nordirland, Man-Islands und Kanal) gelebt?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Observaciones:		

Información y cuestionario facilitados por www.clinicabenissa.com