

ACUERDO DE CRIOPRESERVACIÓN DE CÉLULAS MADRE DEL CORDÓN UMBILICAL
PARA USO PROPIO

NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE: _____,

D.N.I. N° _____, con domicilio real y constituido en _____, número

_____, piso ___ depto. _____, de la Ciudad de _____, Provincia de _____, país

_____ y/o

NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE o TUTOR : _____,

D.N.I. N° _____, con domicilio real en _____ número

_____, piso ___ depto. _____, de la Ciudad de _____, Provincia de _____, país

_____ (en adelante los “**RESPONSABLES DEL MENOR**”), en mi/nuestro nombre y el de mi/nuestro hijo/tutelado/curado por nacer (en adelante el “**MENOR**”), suscribimos el presente **con fecha ___ del mes de _____ del año 20__**, a efectos de celebrar con **CrioCenter S.R.L.**, con domicilio social y constituido en Paraguay 1545, piso 1° de la Ciudad de Buenos Aires (en adelante “**CrioCenter**” y en conjunto con los “**RESPONSABLES DEL MENOR**”, las “**PARTES**”) el presente **ACUERDO PARA LA CRIOPRESERVACIÓN DE CÉLULAS MADRE PROVENIENTES DE LA SANGRE DE CORDÓN UMBILICAL Y/O LA CRIOPRESERVACIÓN DE CÉLULAS MADRE PROVENIENTES DEL TEJIDO DEL CORDÓN UMBILICAL** (en adelante el “**ACUERDO**”) que se registrá por las siguientes cláusulas y condiciones:

(i) **CrioCenter** presta el servicio de criopreservación de células madre provenientes de la sangre del cordón umbilical y/o del tejido del cordón umbilical (en adelante el “**SERVICIO**”) en los términos y condiciones expuestos en su página web www.criocenter.com y en éste **ACUERDO**.

(ii) Los **RESPONSABLES DEL MENOR** luego de ser suficientemente informados sobre las condiciones, ventajas y utilidad del **SERVICIO** han resuelto contratar a **CrioCenter** para criopreservar las células madre provenientes de la sangre y/o del tejido del cordón umbilical del **MENOR** que representan.

En virtud de lo expuesto las **PARTES** pactan lo siguiente:

1.- OBJETO. Los **RESPONSABLES DEL MENOR** contratan por medio del presente a **CrioCenter** para que procese la sangre de cordón umbilical o la sangre de cordón umbilical y el tejido de cordón umbilical (en adelante la “**MUESTRA**”), y criopreserve las mismas durante la vigencia que tenga el presente **ACUERDO**.

2.- PRECIO. Adjunto al presente **ACUERDO** se encuentra el **ANEXO DE PLANES DE PAGO**, donde se encuentra descripta la modalidad del **SERVICIO** a prestar (en adelante, el “**PLAN**”). Los **RESPONSABLES DEL MENOR** han optado por el **PLAN** _____ comprometiéndose a pagar la suma de AR\$ _____ (Pesos Argentinos _____) más I.V.A., lo que denominaremos en adelante “Tarifa Inicial”, conforme surge del **ANEXO DE PLANES DE PAGO**. A la Tarifa Inicial se le adiciona una tarifa de mantenimiento de la **MUESTRA**, la cual se encuentra detallada en el **ANEXO DE PLANES DE PAGO** (en adelante, la “Tarifa de Mantenimiento”).

La mora a los fines del pago de la Tarifa Inicial y/o de la Tarifa de Mantenimiento será automática, sin necesidad de interpelación previa por parte de **CrioCenter**. La Tarifa de Mantenimiento está sujeta a actualizaciones y ajustes.

3.- PLAZO. El presente **ACUERDO** se suscribe por un plazo de _____ año/s contado/s desde el nacimiento del **MENOR**, pudiendo los **RESPONSABLES DEL MENOR**, dentro de los treinta (30) días previos al vencimiento pactado, prorrogar por periodos de doce (12) meses o más, el plazo de vigencia mediante el pago de la Tarifa de Mantenimiento anual más I.V.A, la que actualmente asciende a la suma de ciento veinte dólares estadounidenses (120 U\$S) más I.V.A si optó por la criopreservación de las células madre de la sangre del cordón umbilical, o la suma de doscientos dólares estadounidenses (200 U\$S) más I.V.A si optó por la criopreservación del **SERVICIO** completo.

Firma de la Madre

Firma del Padre

4.- RESPONSABILIDAD DE CrioCenter y LIMITACIONES.

4.1 CrioCenter garantiza a los **RESPONSABLES DEL MENOR** el acceso a técnicas de criopreservación realizadas en un laboratorio especializado con capacidad a tal efecto y con vasta experiencia en criopreservación y utilización de **CÉLULAS MADRE**.

4.2 CrioCenter garantiza a los **RESPONSABLES DEL MENOR** la provisión de los elementos necesarios para la recolección de las **CELULAS MADRE**, los que serán entregados junto con la firma de este **ACUERDO**.

4.3 CrioCenter asume el compromiso de criopreservar la **MUESTRA** que obtengan los **RESPONSABLES DEL MENOR** y por todo el plazo de duración del **ACUERDO** y sus prórrogas si las hubiere.

4.4 CrioCenter podrá negarse a prestar el **SERVICIO** en el supuesto de que considere que la **MUESTRA** obtenida no es suficiente o apta para la obtención de las **CÉLULAS MADRE**.

4.5 CrioCenter podrá dividir las **CÉLULAS MADRE** en alícuotas y disponer la criopreservación de las mismas en distintos lugares si lo considerase necesario, comunicando dicha decisión a los **RESPONSABLES DEL MENOR**.

4.6 CrioCenter podrá subcontratar la criopreservación con un tercero habilitado y con capacidad suficiente para prestar el **SERVICIO**.

4.7 CrioCenter podrá descartar de la manera que estime conveniente todo componente de la **MUESTRA** (p.e. plasma) que sea considerado sobrante luego de obtenidas las **CÉLULAS MADRE**.

4.8 CrioCenter deja expresa constancia que no garantiza la utilidad de las **CÉLULAS MADRE** ni actualmente ni en el futuro, sin perjuicio de las opiniones médicas y científicas que asignan a la criopreservación de células madre un futuro promisorio.

4.9 CrioCenter no asume responsabilidad en el traslado de las **CÉLULAS MADRE** cuando los **RESPONSABLES DEL MENOR** o el **MENOR** en su caso exijan el retiro de las mismas, o deban retirarlas por vencimiento del contrato o su prórroga.

4.10 En el supuesto que los **RESPONSABLES DEL MENOR** quieran trasladar la **MUESTRA** para una finalidad considerada de “**Uso Probado**” conforme listado de **Incucai** aprobado y vigente, para uso propio eventual del real propietario de la muestra, **CrioCenter** se hará cargo del costo del traslado hasta la suma de dólares estadounidenses doscientos (U\$S 200), o, a opción de **CrioCenter**, de los pesos necesarios para alcanzar dicha suma conforme al tipo libre de cambio vendedor según la publicación del Banco Nación el día anterior al pago. A pedido de los **RESPONSABLES DEL MENOR**, **CrioCenter** colaborará con los mismos para la elección del transportista y los trámites administrativos; quedando expresamente establecido que **CrioCenter** no asume ninguna responsabilidad por la elección del transportista que en definitiva realicen los **RESPONSABLES DEL MENOR**, ni realizará las gestiones administrativas y/o de autorizaciones que se requieran, conforme con las normativas sanitarias y legislación vigentes en nuestro país, ni en el país de destino, ni por el traslado de la muestra, tomando a su cargo los **RESPONSABLES DEL MENOR** la responsabilidad emergente del traslado de la misma.

5.- DECLARACIONES Y DERECHOS DE LOS RESPONSABLES DEL MENOR.

5.1 El/Los **RESPONSABLE/S DEL MENOR** que suscribe/n este **ACUERDO** declara/n ser el/los único/s titular/es de la responsabilidad parental sobre el **MENOR** y únicamente el/los **RESPONSABLE/S DEL MENOR** que suscribió/eron este **ACUERDO** podrá/n disponer de la **MUESTRA** hasta que el **MENOR** sea emancipado o tenga capacidad plena de hecho y derecho en los términos del Código Civil y Comercial de la Nación, o la norma que en el futuro lo reemplace.

5.2 En el supuesto que el contenido de la página web www.criocenter.com no resulte suficiente para disipar las dudas que los **RESPONSABLES DEL MENOR** pudieran tener sobre el procedimiento para la recolección, traslado, procesamiento y criopreservación de la **MUESTRA** resultante de la misma, y especialmente la real utilidad actual del **SERVICIO**, podrán solicitar entrevistas con personal calificado de **CrioCenter** a efectos de aclarar dichas inquietudes y recibir material bibliográfico y de investigación que pueda resultarles de utilidad.

5.3 Los **RESPONSABLES DEL MENOR** dejan constancia que han tenido suficiente tiempo y asesoramiento legal y médico para comprender acabadamente sus derechos y obligaciones en virtud de este **ACUERDO**, como así también la utilidad actual y eventual del **SERVICIO**, lo que incluye su conocimiento respecto de la posibilidad de que la **MUESTRA** no tenga ninguna utilidad práctica. Los **RESPONSABLES DEL MENOR** reconocen existen circunstancias imprevistas que podrán impedir la recolección o la obtención de una **MUESTRA** apta para la criopreservación y su utilización posterior de ser necesaria.

5.4 Excepto en aquellos casos en que aceptaren el servicio de los técnicos de recolección y traslado que, en Capital Federal y Gran Buenos Aires, ofrece **CrioCenter**, los **RESPONSABLES DEL MENOR** son los únicos responsables de contratar al encargado de recolectar la **MUESTRA** en el momento del parto, debiendo asegurarse en cualquier supuesto que este último utilice el material provisto por **CrioCenter** a tal efecto. Asimismo, serán los únicos responsables del traslado de la **MUESTRA** al centro de recepción de **CrioCenter** dentro de las 32 horas del nacimiento del **MENOR**.

Firma de la Madre

Firma del Padre

La no utilización del material provisto por **CrioCenter** o el incumplimiento de las pautas indicadas en el instructivo de recolección adjunto al **ACUERDO** serán causal de rescisión de este **ACUERDO** con las consecuencias previstas en el punto 7.1.2. de la cláusula **SÉPTIMA**.

5.5 Los **RESPONSABLES DEL MENOR** expresamente declaran y aceptan que en el supuesto de que vencido el plazo del **ACUERDO** o de su última prórroga, los **RESPONSABLES DEL MENOR**, o éste cuando fuere mayor de edad, no hicieren uso de la opción de prorrogar el **ACUERDO** abonando la Tarifa de Mantenimiento que corresponda, o de retirar la **MUESTRA**, **CrioCenter** podrá intimarlos en forma fehaciente al pago o al retiro de la **MUESTRA** otorgándoles un plazo de TREINTA (30) días corridos, vencido el cual y en la medida que los **RESPONSABLES DEL MENOR** continúen en mora en el pago o no retiren la **MUESTRA**, **CrioCenter** podrá a su sola elección desechar la **MUESTRA** y/o destinarla a un banco público o privado bajo el anonimato y/o destinarla a investigación científica. Los costos de intimación serán a cargo de los **RESPONSABLES DEL MENOR**.

5.6 Los **RESPONSABLES DEL MENOR** o el **MENOR** en su caso, tendrán derecho a exigir la entrega de la **MUESTRA** dentro de las 48 horas de solicitar en forma expresa y por escrito a **CrioCenter** la disponibilidad de la misma y siempre que no adeuden a **CrioCenter** suma alguna o se hubiere producido el caso previsto en el punto 5.5. de esta cláusula. En la petición deberán consignar el nombre del médico que solicita la **MUESTRA** y al responsable de retirar la misma. **CrioCenter** cumplirá con su obligación de devolución de la **MUESTRA** con la simple puesta a disposición de la **MUESTRA** en condiciones de ser transportada conservando las condiciones criogénicas durante veinticuatro horas (24 horas).

5.7 En caso que **CrioCenter** cese su actividad por su propia voluntad, deberá comunicar tal decisión a los **RESPONSABLES DEL MENOR** con una antelación de 90 (noventa) días corridos. En dicho caso **CrioCenter** deberá rembolsar las sumas que se hayan abonado en virtud del **ACUERDO**, descontando el tiempo transcurrido desde la contratación hasta el efectivo retiro de la **MUESTRA**. Asimismo, **CrioCenter** se compromete a recomendar a los **RESPONSABLES DEL MENOR** un banco de células madre idóneo alternativo para continuar con la criopreservación de la **MUESTRA**.

Adicionalmente, si **CrioCenter** decidiere transferir el **SERVICIO** a otro banco, el mismo deberá respetar todas las cláusulas y condiciones del presente **ACUERDO**. Asimismo, deberá comunicar tal decisión a los **RESPONSABLES DEL MENOR** con una antelación de 90 (noventa) días corridos. En esa comunicación figurará el nombre, domicilio y forma de contacto del banco al que se transferirá el **SERVICIO**. En caso que los **RESPONSABLES DEL MENOR** no estén de acuerdo con el banco designado por **CrioCenter**, podrán concluir el **ACUERDO** conforme se indica en la cláusula 5.6 del presente.

6.- LÍMITE DE LA RESPONSABILIDAD DE CrioCenter.

Las **PARTES** dejan constancia en este acto que en el supuesto de que la **MUESTRA** resulte total o parcialmente dañada y/o se pierda total o parcialmente por causa de negligencia en la criopreservación, por hechos imprevistos motivados por razones de fuerza mayor o por la ocurrencia de un caso fortuito, el límite total de responsabilidad que asumirá **CrioCenter** frente a los **RESPONSABLES DEL MENOR** y/o frente al **MENOR** será una suma igual al monto total que los **RESPONSABLES DEL MENOR** hubieren abonado efectivamente a **CrioCenter** al momento de producirse la pérdida o daño de la **MUESTRA**, con más un cincuenta por ciento (50%) de ese monto, y que esta es una condición esencial del presente **ACUERDO**.

7.- RESCISIÓN.

Las **PARTES** pactan que el presente **ACUERDO** podrá ser rescindido en cualquier momento por cualquiera de ellas debiendo a tal efecto respetar las siguientes condiciones:

7.1 RESCISIÓN DECIDIDA POR LOS RESPONSABLES DEL MENOR. DISTINTOS SUPUESTOS.

7.1.1 Los **RESPONSABLES DEL MENOR** podrán rescindir este **ACUERDO** en cualquier momento debiendo a tal efecto no adeudar suma alguna a **CrioCenter** y seguir el procedimiento previsto en el punto 5.6 de la cláusula 5 con las condiciones allí previstas.

7.1.2 En el supuesto que los **RESPONSABLES DEL MENOR** resolvieran la rescisión antes de entregar la **MUESTRA** a **CrioCenter**, o por el motivo que fuera no dieran aviso a **CrioCenter** para la recolección de la **MUESTRA** en tiempo oportuno, tendrán el derecho de solicitar el reintegro de lo abonado, con menos la suma de U\$S 500, que será descontada en concepto de gastos de administración y rescisión anticipada de contrato. La diferencia entre el monto abonado y la suma mencionada anteriormente será devuelta en pesos al mismo tipo de cambio existente a la fecha en que efectuaron el pago.

7.2 RESCISIÓN DECIDIDA POR CrioCenter. DISTINTOS SUPUESTOS.

7.2.1 En el supuesto de que **CrioCenter** se negare a la criopreservación por imposibilidad de obtener una **MUESTRA** útil o apta entregada por los **RESPONSABLES DEL MENOR**, **CrioCenter** deberá comunicar estas razones a los nombrados, y restituirá las sumas abonadas por los **RESPONSABLES DEL MENOR** como única y total indemnización que pudiera corresponder por todo concepto.

Firma de la Madre

Firma del Padre

7.2.2 En el supuesto previsto en el punto 5.5. de la cláusula 5 la rescisión se producirá de pleno derecho por el mero vencimiento del plazo otorgado a los **RESPONSABLES DEL MENOR**. **CrioCenter** no restituirá suma alguna y tendrá derecho en su caso al reclamo de las sumas adeudadas por los **RESPONSABLES DEL MENOR**, con más intereses al 12% anual sobre saldos y a disponer de la **MUESTRA** tal como se prevé en el punto 5.5.

8.- CUESTIONES GENERALES.

8.1. CONFIDENCIALIDAD. Las **PARTES** no deberán utilizar la Información Confidencial revelada entre ellas. Se considera información confidencial todos los datos que resulten del presente **ACUERDO**. La obligación de mantener la información confidencial estará vigente durante todo el plazo del **ACUERDO** y sus prórrogas y hasta que se cumplan 5 años de finalizado el mismo por la causa que fuere.

8.2. CESIÓN. **CrioCenter** se reserva el derecho de ceder las obligaciones y derechos que posee en virtud de este **ACUERDO** a cualquier persona física o jurídica que tenga los medios para prestar el **SERVICIO** o asuma el compromiso de prestar el **SERVICIO** en los términos de este **ACUERDO**.

8.3. NOTIFICACIONES. A los fines de este **ACUERDO**, las **PARTES** constituyen sus respectivos domicilios contractuales en los indicados en esta cláusula, donde serán válidas todas las notificaciones y comunicaciones, judiciales o extrajudiciales, que en ellos se efectúen. Tales domicilios se reputarán subsistentes mientras que alguna de las **PARTES** no comunicare a la otra por medio fehaciente la constitución de uno nuevo.

Las **PARTES** designan como representantes y constituyen sus respectivos domicilios conforme a lo siguiente:

(a) Los RESPONSABLES DEL MENOR constituyen domicilio en el denunciado por la MADRE del MENOR en el encabezado del presente.

(b) CrioCenter constituye domicilio en Paraguay 1545, piso 1°, Capital Federal, República Argentina.

8.4. MODIFICACIONES AL ACUERDO. Cualquier modificación al presente **ACUERDO** sólo será válida si fuera hecha de común acuerdo entre las **PARTES**, constare por escrito y se encontrare firmada por las mismas.

8.5. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS. Cualquier divergencia que pudiera existir entre las **PARTES** sobre la interpretación y/o aplicación de este **ACUERDO** que no pudiere solucionarse en forma amistosa entre ellas, será sometida a la jurisdicción de los Tribunales Ordinarios del fuero Comercial de la Capital Federal, conforme legislación de la República Argentina, renunciando las **PARTES** en este acto a cualquier otro fuero o jurisdicción que pudiera corresponder.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN PARA LA RECOLECCIÓN DE SANGRE Y DETECCIÓN DE HIV

En nombre propio y en mi carácter de **RESPONSABLE DEL MENOR** tal como surge del **ACUERDO DE CRIOPRESERVACIÓN** suscripto en el día de la fecha, dejo expresa constancia que he sido **suficientemente informada y asesorada** respecto del proceso de recolección de la sangre contenida en el cordón umbilical, en la placenta, y en su caso del tejido de cordón umbilical, luego del nacimiento de mi hijo/a y por medio de la presente autorizo expresamente al profesional de la salud que intervenga en el parto y a quien designe **CrioCenter** para que realicen tanto la recolección de la sangre del cordón umbilical, la placenta, y en su caso del tejido de cordón, como la extracción de una muestra de mi propia sangre para la realización de los análisis que se detallan a continuación:

- sífilis,
- hepatitis B,
- hepatitis C,
- HIV1-2,
- HTLV I-II,
- Chagas (par serológico),
- brucelosis y
- de los antígenos de HIV (p24)

Dejo constancia que he sido informada de la necesidad de realizar la extracción de mi sangre antes o durante el parto y que he prestado mi conformidad para que mi médico personal o el personal autorizado por **CrioCenter** realicen la extracción necesaria para los análisis, como así también que asumo el compromiso irrevocable de permitir dentro de los diez (10) días del nacimiento de mi hijo/a que se me realice una nueva extracción de sangre si la muestra obtenida durante el parto fuera insuficiente o hubiere que realizar una contraprueba.

También he sido informada respecto del análisis de HIV, y sé que la realización del mismo es voluntaria. Por ello y en virtud de mi interés en recibir el servicio de criopreservación que ofrece **CrioCenter** para la sangre del cordón umbilical, y en su caso del tejido de cordón, de mi hijo/a **acepto expresamente que mi sangre sea sometida al test de HIV y autorizo por medio de la presente para que los resultados de los análisis realizados a mi sangre incluido el test de HIV sean comunicados a CrioCenter.**

Asimismo dejo constancia que **CrioCenter** me ha informado suficientemente sobre la rescisión del contrato en caso de no contar con los análisis de mi sangre que se detallan en el presente dentro de los diez (10) días de ocurrido el nacimiento de mi hijo/a, plazo máximo que **CrioCenter** acepta mantener las células madre de mi hijo/a en cuarentena, pudiendo vencido este plazo disponer de dichas células madre desechándolas.

En este acto dejo expresa constancia que por las razones de bioseguridad que **CrioCenter** mantiene es probable que las células madre obtenidas del cordón umbilical, y en su caso del tejido, de mi hijo/a no sean criopreservadas por **CrioCenter** en el supuesto que se confirme que soy portadora del virus del SIDA, y en este supuesto declaro expresamente que nada reclamaré a **CrioCenter** si resolvieran no criopreservar las células madre obtenidas del cordón umbilical, y en su caso del tejido, de mi hijo/a y me comprometo a retirar las mismas siguiendo el procedimiento habitual previsto en el **ACUERDO DE CRIOPRESERVACIÓN** dentro de los 10 días de comunicada la decisión de **CrioCenter**.

Por su parte, **CrioCenter** se reserva el derecho a utilizar el material de descarte, una vez finalizado el proceso de criopreservación de las Células Madre, para la realización de controles de calidad internos y para la optimización de los protocolos de procesamiento. En caso que en dichos análisis se observen resultados relevantes y de impacto científico, **CrioCenter** se reserva el derecho a poder incluir dicha información en publicaciones científicas, comprometiéndose a resguardar la confidencialidad. Ninguna publicación resultante de protocolos de optimización identificará individualmente los datos manejados (datos personales y de salud obtenidos de su historia clínica o equivalente), manteniendo siempre el anonimato de su identidad.

Finalmente, declaro que he sido informada de la posibilidad de que durante el parto se presenten determinadas complicaciones que impidan la recolección de la sangre del cordón umbilical, y en su caso del tejido de cordón, de mi hijo/a y/o una recolección en cantidades insuficientes y que en tal caso nada tendré que reclamar a los profesionales que me asistirán en el parto en tanto lo primordial es la correcta atención de mi hijo/a y mi salud personal, por tal motivo, en este acto, en nombre propio y representación de mi hijo/a por nacer, eximo absolutamente de toda responsabilidad a los profesionales médicos y auxiliares que atiendan el parto de mi hijo/a como así también al centro de salud donde se realice el mismo, a mi cobertura médica y en general a cualquier sucesor a título universal o particular de los nombrados por cualquier daño presente, futuro o eventual que pudiere sufrir mi hijo/a o mi familia con motivo de la imposibilidad no dolosa de recolectar la sangre de cordón umbilical, y en su caso del tejido, de mi hijo/a y/o una cantidad suficiente para ser criopreservada en los términos del **ACUERDO DE CRIOPRESERVACIÓN**.

En Buenos Aires a los _ días del mes de _____ de 20__ firmo el presente ejemplar de plena conformidad, conservando un duplicado del mismo.

Firma de la Madre

Firma del Padre

Firma de la madre en representación del niño por nacer.

HISTORIA CLÍNICA

Nombre de la Madre :

DNI:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

Ciudad:

Médico Obstetra :

Lugar del parto :

Nombre del Padre:

DNI:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

¿USTED O EL PADRE?	MADRE	PADRE
Si contesta si, explique y de fechas en el reverso de la hoja.	SI - NO	SI - NO
1. ¿Han tenido últimamente (mes previo al parto) síntomas de gripe o fiebre?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. ¿Están tomando algún medicamento? Si es así, mencione cuales son y porque se los prescribieron	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. ¿Han recibido transfusiones de sangre o de sus derivados (plaquetas, plasma o crioprecipitados)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. ¿Han recibido algún trasplante de tejidos o de órganos? Si es así, ¿cuál?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. ¿Han tenido algún tipo de contacto con alguien con hepatitis?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. ¿Le han diagnosticado tuberculosis o enfermedad de Chagas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. ¿Le han diagnosticado o ha obtenido resultado positivo en la determinación de HIV, HTLV, sífilis, hepatitis B o C?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. ¿Le han impedido donar sangre? Si es así, ¿cuál fue la razón?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. ¿Ha utilizado drogas no recetadas por vía intravenosa? Si es así, ¿qué droga/s?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. ¿Ha tenido contacto sexual con alguna persona que haya sido diagnosticada con HIV?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
¿ALGUIEN EN SU FAMILIA MATERNA O PATERNA	MADRE	PADRE
En caso de responder SI, POR FAVOR explique en el reverso de la hoja.	SI - NO	SI - NO
1. ¿Tuvo usted Anemia Aplásica, Anemia de Fanconi, anemia drepanocítica, Talasemia o enfermedades de depósito o síndrome de inmunodeficiencia combinado severo o alguna enfermedad de la sangre, hemofilia, alguna tipo de enfermedad hereditaria o cáncer?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene algún pariente consanguíneo con el mismo trastorno o enfermedad? Si es así, por favor menciónelos.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Por favor registre el número de pregunta en la que respondió SI y utilice el lado de atrás de la hoja para agregar por qué y comentarios adicionales.

CREO ENCONTRARME EN BUEN ESTADO DE SALUD

Firma de la Madre

Firma del Padre