

Número de teléfono St. Louis Cord Blood Bank(SLCBB): 314-268-2787 o 1-888-453-2673 Número de fax: 314-268-4197

Su nombre:	<i>Sólo para SLCBB Revisado por/Fecha:</i>
Fecha probable de parto:	
Hospital para el parto :	

ANTECEDENTES DE EMBARAZO

1.	Número de embarazos (incluyendo el actual): ____ Número de nacimientos con vida: ____ Número de abortos espontáneos: ____ Número de mortinatos: ____		
2.	¿Ecografía? Si la respuesta es sí, por favor indique: <input type="checkbox"/> Un feto <input type="checkbox"/> Gemelos <input type="checkbox"/> Múltiple (Nota: Este programa es sólo para nacimientos únicos)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3.	¿Alguna vez tuvo un resultado anormal en un examen prenatal (es decir, Amiocentesis, examen de sangre, ecografía)? Si la respuesta es sí, ¿cuál de los exámenes resultó anormal y cuál fue el resultado del examen?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4.	Nombre de su obstetra/partera/clínica donde recibe atención:		
5.	¿Alguna infección durante su embarazo? Si la respuesta es sí, por favor especifique qué tipo de infección, cuándo ocurrió y el tratamiento:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6.	¿Diabetes gestacional? <input type="checkbox"/> Embarazo actual <input type="checkbox"/> Embarazo anterior <u>Tratamiento:</u>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7.	¿Se utilizó un óvulo de donante para este embarazo? Si la respuesta es sí, ¿se encuentra a disposición una historia clínica del donante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
8.	¿Se utilizó semen de donante para este embarazo? Si la respuesta es sí, ¿se encuentra a disposición una historia clínica del donante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
9.	Enumere todos los medicamentos que tomó durante el embarazo además de las vitaminas prenatales y hierro:		
10.	Comentarios:		
11.	Nombre del Pediatra (para el bebé): Número de teléfono:		

HISTORIA CLÍNICA DE LA MADRE

1.	¿Alguna vez donó o intentó donar sangre del cordón umbilical utilizando su nombre actual o un nombre diferente a este banco de sangre de cordón umbilical? Si la respuesta es sí, ¿cuándo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2.	¿Alguna vez ha sido postergado o rechazado como donante de sangre o sangre de cordón o le han dicho que no donara sangre o sangre del cordón? Si la respuesta es sí, ¿cuándo y por qué?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3.	¿Ha tomado alguno de los siguientes medicamentos (<u>marque todo lo que corresponda</u>) <input type="checkbox"/> ¿Insulina derivada de vacas (insulina bovina o de res) desde 1980? <input type="checkbox"/> ¿Hormona del crecimiento de las glándulas pituitarias humanas? <input type="checkbox"/> ¿Vacuna antirrábica en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4.	En las últimas 8 semanas , ¿le han aplicado alguna vacuna? Si la respuesta es sí, explíquela aquí:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5.	En las últimas 12 semanas , ¿ha tenido contacto con alguna persona que se ha aplicado recientemente la vacuna contra la varicela?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6.	En los últimos 4 meses , ¿ha sentido dos o más de los siguientes síntomas: Fiebre (>100.5°F ó 38.06°C), dolor de cabeza, debilidad muscular, erupciones cutáneas en el tronco del cuerpo o inflamación de los ganglios linfáticos? Si la respuesta es sí, ¿Qué síntomas sintió y cuándo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7.	¿Alguna vez ha tenido algún tipo de cáncer, incluyendo leucemia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8.	En los últimos 5 años , ¿ha tenido un problema de sangrado, como hemofilia u otra deficiencia de factores de coagulación y, en tal sentido, recibió concentrados de factores de coagulación derivados de humanos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9.	Durante su embarazo, ¿le han diagnosticado o ha recibido un resultado positivo al examen del Virus del Nilo Occidental?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10.	¿Ha tenido un diagnóstico anterior de hepatitis viral sintomática clínica después de los 11 años de edad?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11.	¿Alguna vez tuvo una enfermedad parasitaria de la sangre (por ejemplo, Leishmaniasis, Babesiosis o Chagas) o cualquier examen positivo para el Chagas o T. cruzi, incluyendo exámenes de evaluación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12.	¿Alguna vez le diagnosticaron la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (CJD), variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (CJD), demencia, cualquier enfermedad degenerativa o demielinante del sistema nervioso central o enfermedad neurológica donde la causa es desconocida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
13.	¿Algunos de sus familiares han sido diagnosticados con la enfermedad Creutzfeldt-Jakob (CJD) o le han comentado que su familia tiene un riesgo alto de padecer CJD?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
14.	¿Ha recibido un injerto de dura mater (que recubre el cerebro)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
15.	¿Alguna vez le hicieron un trasplante u otro procedimiento médico que lo expuso a células vivas, tejidos u órganos de un animal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
16.	¿Alguna vez vivió o tuvo contacto sexual con alguna persona a quien le hicieron un trasplante u otro procedimiento médico que lo expuso a células vivas, tejidos u órganos de un animal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
17.	En los últimos 3 años , ¿tuvo malaria?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
18.	En los últimos 3 años , ¿ha estado fuera de los Estados Unidos de América o en Canadá? Si responde sí, ¿dónde, cuándo y por cuánto tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Preguntas 19-32 CON REFERENCIA A LOS ÚLTIMOS 12 MESES:

19.	En los últimos 12 meses previos a la recolección de la unidad de sangre del cordón umbilical, ¿ha recibido una transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
20.	¿Ha recibido un trasplante o injerto de tejido de alguna persona distinta a usted, como un órgano, médula espinal, células madres, cornea, óseo u otro tejido?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
21.	En los últimos 12 meses, ¿se ha realizado un tatuaje o piercing en la oreja, piel o cuerpo? Si la respuesta es sí , responda la pregunta 22. Si la respuesta es no , diríjase a la pregunta 23.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
22.	Si la respuesta a la pregunta Nº 21 fue sí , ¿se utilizaron tintas, agujas, instrumentos o procedimientos compartidos o no esterilizados para el tatuaje o piercing?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
23.	¿Se pinchó accidentalmente o entró en contacto con la sangre de alguna otra persona por medio de una herida (por ejemplo, un corte o llaga), piel lesionada o membrana mucosa (por ejemplo, en su ojo, boca, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
24.	¿Ha tenido o ha sido tratado por cualquier enfermedad de transmisión sexual incluyendo sífilis? Si la respuesta es sí , ¿Qué enfermedad fue y cuándo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
25.	¿Le ha dado dinero o drogas a alguna persona para tener sexo con usted?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
26.	¿Ha tenido sexo con alguna persona que ha recibido dinero o drogas a cambio de sexo en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
27.	¿Ha tenido contacto sexual o vivido con una persona que padece Hepatitis viral B activa o crónica o Hepatitis C?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
28.	¿Ha tenido sexo, aunque sea una vez, con alguna persona que ha utilizado una aguja para inyectarse drogas, esteroides o alguna otra cosa no recetada por un médico en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
29.	¿Ha tenido sexo con una persona de sexo masculino que haya tenido sexo con otra persona de sexo masculino, aunque sea una vez, en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
30.	¿Ha tenido sexo, aunque sea una vez, con alguna persona que ha tomado factores de coagulación derivados de humanos a causa de un trastorno de sangrado en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
31.	¿Ha tenido sexo, aunque sea una vez, con alguna persona que tiene el VIH/SIDA o que ha recibido un diagnóstico positivo el examen del SIDA?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
32.	¿Ha estado en detención juvenil, encerrado, en una cárcel o prisión por más de 72 horas seguidas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

33.	En los últimos 5 años, ¿Ha tenido sexo a cambio de dinero o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
34.	En los últimos 5 años, ¿ha utilizado una aguja, aunque sea una vez, para inyectarse drogas, esteroides o cualquier otra cosa no recetada para usted por un médico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

35.	¿Tiene SIDA o alguna vez ha recibido un resultado positivo de un examen del VIH (incluyendo exámenes de evaluación)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
36.	¿Usted presenta algunos de los siguientes síntomas:		
a.	Sudores nocturnos por causa desconocida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
b.	manchas azules o púrpuras sobre o debajo de la piel o membranas mucosas típicas del sarcoma de Kaposil?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
c.	pérdida de peso por causa desconocida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
d.	diarrea persistente por causa desconocida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
e.	tos o falta de aire por causa desconocida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

f.	temperatura mayor a 100.5°F (38.06°C) por causa desconocida durante más de 10 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
g.	manchas blancas persistentes o llagas en la boca por causa desconocida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
h.	múltiples nódulos en su cuello, axilas o ingles por un tiempo mayor a un mes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
37.	¿Alguna vez ha recibido un resultado positivo del examen HTLV (incluyendo exámenes de evaluación) o ha padecido paraparesis (parálisis parcial que afecta a los miembros inferiores) por causa desconocida? El HTLV se refiere al Virus linfotrófico de célula T humana	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
38.	Si una persona tiene el virus del SIDA, ¿usted comprende que esa persona puede transmitirlo a otra persona aunque se sienta bien y el resultado del examen del SIDA sea negativo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Guía de referencia para las Preguntas 39 a 48, por favor consulte la tabla a continuación para ver los países:

Albania	Finlandia	Luxemburgo	Eslovenia
Austria	Francia	Macedonia	España
Bélgica	Alemania	Países bajos (Holanda)	Suecia
Bosnia-Herzegovina	Grecia	Noruega	Suiza
Bulgaria	Hungría	Polonia	Yugoslavia (República federal de):
Croacia	Irlanda (República de)	Portugal	Kosovo,
República Checa	Italia	Rumania	Montenegro,
Dinamarca	Liechtenstein	República de	Serbia
		Eslovaquia	

Reino unido (UK): Inglaterra, Irlanda del norte, Escocia, Gales, la isla de Man, las Islas del Canal, Gibraltar o las Islas Falkland

39.	Desde 1980 , ¿alguna vez ha vivido o viajado a algún país que se considera en riesgo por la transmisión de vCJD (Enfermedad variante de Creutzfeldt-Jakob)? (consulte la tabla) Si la respuesta es sí, conteste las preguntas 40 a 42 inclusive; si la respuesta es no, diríjase a la pregunta 43.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
40.	De 1980 a 1996 inclusive , ¿pasó un tiempo <u>acumulado de 3 meses o más</u> en el Reino Unido? (Inglaterra, Irlanda del norte, Escocia, Gales, la Isla de Man, las Islas del Canal, Gibraltar o las Islas Falkland)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
41.	Desde 1980 , ¿ha recibido una transfusión de sangre o hemoderivados mientras se encontraba en el Reino Unido o Francia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
42.	Desde 1980 , ¿Ha pasado un tiempo <u>acumulado de 5 años o más</u> (incluyendo el tiempo transcurrido en el Reino Unido entre 1980 y 1996), en algún país considerado en riesgo por transmisión de vCJD (Enfermedad variante de Creutzfeldt-Jakob)? (consulte la tabla)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
43.	Desde 1980 hasta 1996 inclusive , ¿fue miembro del ejército estadounidense, empleado civil del ejército o un dependiente de un miembro del ejército estadounidense o empleado civil del ejército?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
44.	Desde 1980 hasta 1990 , ¿Ha pasado <u>un total de 6 meses o más</u> asociado a una base militar en alguno de los siguientes países: Reino Unido, Bélgica, Países Bajos o Alemania?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
45.	Desde 1980 hasta 1996 , ¿Ha pasado <u>un total de 6 meses o más</u> asociado a una base militar en alguno de los siguientes países: España, Portugal, Turquía, Italia o Grecia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Guía de referencia para las preguntas 46-48: Países africanos en riesgo del VIH-1 grupo O

Benin Camerún Chad Gabon Kenia Níger Nigeria Senegal Togo Zambia
República Centroafricana (antes denominado Imperio Africano Central)
Congo (se refiere a la República del Congo. Esto no incluye la República Democrática del Congo, previamente denominada Zaire).
Guinea Ecuatorial (incluye el territorio de Río Muni y las islas de Corisco, Elobey, Ferrando Pó Bioko y Annonbón)

46.	Desde 1977 , ¿Ha nacido en, ha vivido por más de un año en o ha viajado a cualquier país Africano considerado en riesgo de transmitir el VIH-1 grupo O? (consulte la tabla)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
47.	Mientras se encontraba en uno de los países Africanos mencionados en la tabla , ¿Recibió una transfusión de sangre o cualquier tratamiento médico con un producto fabricado a partir de sangre mientras estuvo allí?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
48.	¿Ha tenido relaciones sexuales con alguna persona que nació o vivió en cualquier país Africano mencionado en la tabla anterior desde 1977 ?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

REGISTRO FAMILIAR

Hermanos del bebé (nacidos con vida): Nº de hermanos: Carnal _____ Medio _____		Nº de hermanas:	
Carnal _____ Medio _____			
Hermanos de la madre del bebé (nacidos con vida): Nº de hermanos: Carnal _____ Medio _____		Nº de hermanas:	
Carnal _____ Medio _____			
Hermanos del padre del bebé (nacidos con vida): Nº de hermanos: Carnal _____ Medio _____		Nº de hermanas:	
Carnal _____ Medio _____			
Salvo por la relación matrimonial, ¿usted y el padre del bebé son familiares (ej. primos hermanos)? Si la respuesta es sí, ¿cuál es la relación familiar?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Usted o el padre del bebé han tenido hijos, hermanos o hermanas que murieron dentro de los primeros 10 años de vida? Si la respuesta es sí, indique el familiar y la causa de la muerte:		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Usted y/o el padre del bebé fueron adoptados al nacer o a temprana edad? Si la respuesta es sí, ¿madre o padre del bebé? Si la respuesta es sí, ¿Qué conocimiento tiene sobre la historia clínica de la madre o padre biológico?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR

<p>Cáncer/Leucemia: ¿Ha sido la MADRE DEL BEBÉ, EL PADRE DEL BEBÉ O UN HERMANO DEL BEBÉ diagnosticado con →</p>	<p>Algún cáncer o leucemia, incluyendo: cerebral, del sistema nervioso, óseo, articulaciones, riñón (incluyendo pelvis renal), cutáneo, de tiroides, linfoma de Hodgkins, linfoma de No-Hodgkin, leucemia mielógena/mieloide, leucemia linfocítica/linfoblástica aguda o crónica, otro tipo de cáncer o desconocido? Si la respuesta es sí, indique los familiares, el tipo de cáncer y edad en que fue diagnosticado:</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>Trastornos del sistema inmune adquiridos/autoinmunes ¿Ha sido la MADRE DEL BEBÉ, EL PADRE DEL BEBÉ O UN HERMANO DEL BEBÉ diagnosticado con →</p>	<p>VIH/SIDA o un trastorno autoinmune CLASIFICADO COMO GRAVE incluyendo: Enfermedad de Crohn, Colitis ulcerosa , Lupus, Esclerosis múltiple (MS), Artritis reumatoidea, u otro trastorno de sistema inmunológico o desconocido? Si la respuesta es sí, indique el familiar y la enfermedad:</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

De aquí en adelante, describa la relación entre el bebé y el familiar inmediato con la enfermedad.

Por favor consulte los siguientes códigos:

- | | |
|--|---|
| BM Madre del bebé | BGP Abuelos del bebé (abuela o abuelo) |
| BF Padre del bebé | BMS Hermanos de la madre del bebé* |
| BS Hermanos del bebé (medio hermano o hermana, o carnal) | BFS Hermanos del padre del bebé* |

*Hermanos del padre/madre del bebé (BMS y BFS) se refiere a sólo las tías y tíos del bebé que son familiares de sangre. No incluya a la familia política originada por el matrimonio.

<p>Enfermedad de los glóbulos rojos Si la respuesta es sí, indique los familiares afectados (por la relación que tienen con el bebé) y la enfermedad.</p>	<p>¿Síndrome de Diamond-Blackfan, Eliptosis, G6PD u otra deficiencia de enzimas de glóbulos rojos, esferocitosis?</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>Enfermedad de los glóbulos blancos Si la respuesta es sí, indique los familiares afectados (por la relación que tienen con el bebé) y la enfermedad.</p>	<p>¿Enfermedad granulomatosa crónica, Síndrome de Kostmann, Síndrome de Schwachman-Diamond, Deficiencia de adhesión leucositaria (LAD)?</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>Deficiencia inmunológica Si la respuesta es sí, indique los familiares afectados (por la relación que tienen con el bebé) y la enfermedad.</p>	<p>Deficiencia de adenosina desaminasa (ADA) o Deficiencia de nucleoside de Purina fosforilasa (PNP), Síndrome de inmunodeficiencia combinada (CID), Enfermedad de inmunodeficiencia variable común (CVID), Síndrome de DiGeorge, Linfocitosis hemofagocítica hereditaria (HLH) incluyendo FEL, Hipoglobulinemia, Síndrome de Nezeloff, Inmunodeficiencia combinada severa (SCID), Síndrome de Wiskott-Aldrich?</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<p>Enfermedad plaquetaria</p>	<p>Trombocitopenia Amegakariocítica , Tromboastenia de Glanzmann,</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Si la respuesta es sí, indique los familiares afectados (por la relación que tienen con el bebé) y la enfermedad.	Trombocitopenia Hereditaria , Enfermedad de almacenamiento de pool plaquetario, Trombocitopenia con ausencia de radio (TAR), Ataxia-Telangiectasia, Anemia de Fanconi?		
<u>Otra enfermedad o trastorno de la sangre</u>	Si la respuesta es sí, indique los familiares afectados (por la relación que tienen con el bebé) y la enfermedad.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<u>Problemas de hemoglobina</u> Si la respuesta es sí, indique los familiares afectados (por la relación que tienen con el bebé) y la enfermedad.	¿Enfermedad de células falciformes, como es el caso de Anemia de la célula falciforme o Talasemia falciforme, Talasemia alfa, Talasemia beta?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<u>Enfermedad metabólica/de almacenamiento</u> Si la respuesta es sí, indique los familiares afectados (por la relación que tienen con el bebé) y la enfermedad.	Síndrome de Hurler (MPS I), Síndrome de Hurler-Scheie (MPS I H-S), Hunter Syndrome (MPS II), Síndrome de Sanfilippo (MPS III), Síndrome de Morquio (MPS IV), Síndrome de Maroteaux-Lamy (MPSVI), Síndrome de Sly (MPS VII), Enfermedad de célula I, Leucodistrofia de células globoides (Enfermedad de Krabbe), Leucodistrofia metacromática (MLD), Adrenoleucodistrofia (ALD), Enfermedad de Sandhoff, Enfermedad de Tay-Sachs, Enfermedad de Gaucher, Enfermedad de Niemann-Pick, Porfiria, otra enfermedad metabólica/de almacenamiento o desconocida.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<u>¿Algún familiar ha →</u> Si la respuesta es sí, indique los familiares afectados (por la relación que tienen con el bebé) y la enfermedad.	requerido transfusiones de sangre crónicas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	recibido un diagnóstico de anemia hemolítica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	sido sometido a la extirpación del bazo para tratar un trastorno en la sangre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	sido sometido a la extirpación de la vesícula biliar antes de los 30 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Tenido la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (CJD)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<u>Otras enfermedades que afectan a la familia, incluyendo cáncer, leucemia y trastornos del sistema auto inmunológico:</u> Si la respuesta es sí, indique la relación familiar con respecto al bebé y la enfermedad:		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Comentarios o información adicional:			

Al contestar las preguntas anteriores, ¿ha contestado considerando tanto los antecedentes de su familia como los de la familia del padre del bebé?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

ÉTNIA/RAZA DE LA MADRE Y PADRE DEL BEBÉ
(marque todo lo que corresponda)

Debido a que ciertos tipos de HLA pueden ser más comunes en cada grupo étnico, la información a continuación le ayudará a elegir una unidad de sangre de cordón umbilical para trasplante

ASIÁTICO	Madre	Padre
Chino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Filipino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Japonés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coreano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiático del Sur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vietnamita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro Asiático del sudeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEGRO O AFROAMERICANO		
Africano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afroamericano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negro del caribe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negro de América del Sur o Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NATIVO DE HAWAII U OTRA ISLA DEL PACÍFICO		
Guam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hawai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra isla del pacífico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BLANCO O CAUCÁSICO	Madre	Padre
Europeo del Este	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Del Mediterráneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medio Oriente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Costa norte de África	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Norteamericano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Europeo del Norte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Europeo Occidental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blanco del caribe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blanco de América del Sur o Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INDÍGENA AMERICANO O NATIVO DE ALASKA		
Nativo de Alaska o Aleut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indígena de América del Norte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indígena Americano de América del Sur o Central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indígena del Caribe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÉTNIA DEL BEBÉ: Por favor marque una: Hispano/Latino No Hispano or Latino

LUGAR DE NACIMIENTO (país):

Lugar de nacimiento de la madre del bebé: _____


Lugar de nacimiento de la madre del bebé: _____

Lugar de nacimiento de la abuela materna: _____

Lugar de nacimiento de la abuela paterna: _____

Lugar de nacimiento del abuelo materno: _____

Lugar de nacimiento del abuelo paterno: _____

 <p>SSM Cardinal Glennon Children's Medical Center St. Louis University Department of Pediatrics</p> <p><i>The First Gift</i></p>	<p align="center">CUESTIONARIO DE HISTORIA CLÍNICA CL.03A.18</p>
<p>Cellular Therapy Laboratory & St. Louis Cord Blood Bank 3662 Park Avenue, St. Louis MO 63110, 314-268-2787</p>	

Información demográfica

Madre del bebé:

Nombre:		Nombre de soltera:
Dirección: (calle) (ciudad) (estado) (código postal)		
Fecha de nacimiento:	Dirección de correo electrónico:	Apellido Nº de Seg. Soc. 4 dígitos:
Nº teléfono particular:	Nº Celular:	Nº alternativo:

Nombre del padre del bebé:

Nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección: (calle) (ciudad) (estado) (código postal)	Número de teléfono:

Podría ser necesario comunicarse con usted en el futuro para verificar, clarificar o actualizar la información brindada en este formulario.

En caso de que una enfermedad que afecte el sistema inmunológico o una enfermedad relativa a la sangre se desarrollen en su bebé, por favor llame a Cord Blood Bank al (314) 268-2787 o al 1-888-453-2673 ya que esto podría influir en la persona que reciba este producto en un trasplante.

Comprendo todo lo que implica participar en este programa. He completado este formulario según mi leal saber. He llamado en caso de preguntas y es mi deseo donar la sangre del cordón umbilical a St. Louis Cord Blood Bank.

Formulario completado por _____ Fecha en la que se completó _____

¡GRACIAS POR AYUDARNOS A SALVAR VIDAS!