

Cellular Therapy Laboratory & St. Louis Cord Blood Bank  
3662 Park Avenue, St. Louis MO 63110, 314-268-2787

CL.03A.25

**Número de teléfono del Banco de Sangre de Cordón de St. Louis (SLCBB): 314-268-2787 o 1-888-453-2673**  
**Número de fax: 314-268-4197**

**ANTECEDENTES DE EMBARAZO**

<b>Su nombre (madre del bebé):</b>	<b>Nombre de su obstetra/partera o clínica a la que asiste:</b>		
<b>Fecha estimada de nacimiento:</b>	<b>Nombre del pediatra (para el bebé):</b>		
<b>Hospital del parto:</b>	<b>Teléfono del pediatra:</b>		
Número de embarazos (incluido el presente): ____	Número de nacimientos vivos: ____		
Número de abortos espontáneos: ____	Número de mortinato: ____		
¿Ultrasonido? Indique: <input type="checkbox"/> Un bebé <input type="checkbox"/> Gemelos <input type="checkbox"/> Múltiples <b>(Nota: Este programa está destinado únicamente a partos individuales)</b>			
¿Diabetes gestacional con el embarazo actual? <b>SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, indique el tratamiento:</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Enumere los medicamentos tomados durante el embarazo, además de vitaminas prenatales y hierro:			
Comentarios:			

**CUESTIONARIO SOBRE RIESGOS PARA LA MADRE**

1. ¿Ha donado o intentado donar sangre de cordón a nuestro banco usando su nombre actual o un nombre distinto?..... <b>SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cuándo?</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Ha sido, por algún motivo, diferida o rechazada como donante de sangre o sangre de cordón, o le han pedido no donar sangre o sangre de cordón?..... <b>SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿cuándo y por qué?</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Ha tomado alguno de los medicamentos siguientes? ( <u>marque todos los que correspondan</u> ) 3a. ¿Insulina de vacas (insulina bovina) desde 1980? 3b. ¿Hormona de crecimiento de la glándula hipófisis humana alguna vez en su vida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
4. <b>En las últimas 8 semanas, ¿ha recibido vacunas o inyecciones?.....</b> <b>SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, describa:</b>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

5. <b>En las últimas 12 semanas</b> , ¿ha tenido contacto con alguien que haya recibido recientemente la vacuna de la viruela? (Algunos ejemplos de contacto incluyen intimidación física, contacto físico con el lugar de la vacunación, contacto físico con el vendaje o la cobertura del lugar de la vacunación)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. <b>En los últimos 4 meses</b> , ¿ha experimentado <b>dos o más</b> de los siguientes: fiebre (>100.5 °F o 38.06 °C), dolor de cabeza, debilidad muscular, erupción muscular en el tronco o hinchazón de los ganglios linfáticos? <b>SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA</b> , ¿qué síntomas tuvo y cuándo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. ¿Ha tenido algún tipo de cáncer, como leucemia? <b>SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA</b> , describa:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. <b>En los últimos 5 años</b> , ¿ha tenido algún problema de sangrado, como hemofilia u otras deficiencias de coagulación, y ha recibido concentrados de factores de coagulación humanos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
9. Durante su embarazo, ¿se le ha diagnosticado virus del Nilo Occidental o ha tenido un resultado positivo respecto de este virus?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Ha recibido un diagnóstico anterior de hepatitis vírica sintomática clínica después de los 11 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11. ¿Ha tenido alguna enfermedad sanguínea parasitaria (por ejemplo, leishmaniasis, babesiosis o enfermedad de Chagas) o algún resultado positivo en exámenes de Chagas o T. cruzi, incluso en los exámenes de detección?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12. ¿Alguna vez se le ha diagnosticado enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (CJD) o su variante, demencia, alguna enfermedad degenerativa o desmielinizante del sistema nervioso central, u otra enfermedad neurológica de causa desconocida?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
13. ¿Se le ha diagnosticado a algún pariente consanguíneo enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (CJD) o le han informado que su familia tiene un mayor riesgo de padecer CJD?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
14. ¿Ha recibido un injerto cerebral de duramadre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
15. ¿Le han practicado alguna vez un trasplante u otro procedimiento médico que la haya expuesto a células vivas, tejidos u órganos de un animal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
16. ¿Ha vivido o tenido contacto sexual con alguien que se haya realizado un trasplante u otro procedimiento médico que la haya expuesto a células vivas, tejidos u órganos de un animal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
17. ¿Ha tenido paludismo alguna vez? <b>SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA</b> , ¿cuándo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
18. <b>En los últimos 3 años</b> , ¿ha salido de EE. UU. o Canadá? <b>SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA</b> , ¿a dónde ha ido, cuándo y por cuánto tiempo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
19. <b>En los 12 meses anteriores a la obtención de la unidad de sangre de cordón</b> , ¿se ha sometido a una transfusión sanguínea?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
20. <b>En los últimos 12 meses</b> , ¿se ha sometido a un trasplante o injerto de tejido de alguien que no sea usted misma, como un órgano, médula ósea, células madre, córnea, hueso u otro tejido?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

21. En los últimos 12 meses, ¿se ha realizado un tatuaje o se ha perforado la oreja, la piel u otra parte del cuerpo? <b>SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA</b> , responda a la pregunta 22. <b>SI SU RESPUESTA ES NEGATIVA</b> , pase a la pregunta 23.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
22. Si su respuesta a la pregunta 21 fue afirmativa, ¿se usaron tintas, agujas, instrumentos o procedimientos compartidos o no estériles para el tatuaje o la perforación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
23. En los últimos 12 meses, ¿ha recibido un pinchazo de aguja accidental o ha estado 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 su ojo, boca, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
24. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido o sido tratada por alguna enfermedad de transmisión sexual, incluida sífilis?..... <b>SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA</b> , ¿qué enfermedad y cuándo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
25. En los últimos 12 meses, ¿ha entregado dinero o drogas a alguna persona a cambio de que mantuviera relaciones sexuales con usted?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
26. En los últimos 12 meses, ¿ha mantenido relaciones sexuales con alguna persona que recibió dinero o drogas a cambio de sexo en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
27. En los últimos 12 meses, ¿ha mantenido relaciones sexuales o vivido con una persona que padece hepatitis B o hepatitis C vírica activa o crónica?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
28. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales, aunque sea una sola vez, con alguien que haya usado una aguja para consumir drogas, esteroides o alguna otra sustancia no prescrita por un médico en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
29. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales con un hombre que haya tenido relaciones sexuales con otro hombre, aunque sea una sola vez, en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
30. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales, aunque sea una sola vez, con alguien que haya recibido factores de coagulación humanos por un problema sanguíneo en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
31. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido relaciones sexuales, aunque sea una sola vez, con alguien que tenga VIH/SIDA o haya tenido un resultado positivo en la prueba del virus del SIDA?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
32. En los últimos 12 meses, ¿ha estado en un centro de detención para menores o una cárcel o prisión durante más de 72 horas seguidas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
33. En los últimos 5 años, ¿ha mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
34. En los últimos 5 años, ¿ha usado una aguja, aunque sea una sola vez, para consumir drogas, esteroides o cualquier otra sustancia no prescrita por el médico?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
35. ¿Tiene SIDA o ha tenido un resultado positivo en la prueba del VIH (incluidos los exámenes de detección)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

36. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?		
36a. ¿Sudores nocturnos inexplicables?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
36b. ¿Manchas azules o moradas inexplicables en la piel o debajo de la piel o en membranas mucosas, típicos del sarcoma de Kaposi?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
36c. ¿Pérdida de peso inexplicable?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
36d. ¿Diarrea persistente inexplicable?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
36e. ¿Tos o dificultad para respirar inexplicables?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
36f. ¿Temperatura inexplicable superior a 100.5 °F (38.06 °C) durante más de 10 días?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
36g. ¿Manchas blancas o llagas en la boca persistentes inexplicables?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
36h. ¿Varios bultos en el cuello, las axilas o la ingle por más de un mes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
36i. <b>¿EXPERIMENTÓ ALGUNA INFECCIÓN DURANTE EL EMBARAZO?</b> <b>SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA</b> , especifique qué infección, cuándo ocurrió y el tratamiento que recibió:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
37. ¿Alguna vez ha tenido resultados positivos en la prueba de HTLV (virus linfotrópico humano de células T ) o ha experimentado paraparesia (parálisis parcial que afecta las extremidades inferiores) inexplicable?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
38. <b>¿ENTIENDE</b> que si una persona tiene el virus del SIDA, se lo puede transmitir a otra persona aunque se sienta bien y tenga resultados negativos en la prueba del SIDA?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**Guía de referencia para las preguntas 39 a 45; consulte la siguiente tabla para obtener una lista de países involucrados:**

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 Eslovaca	Serbia

**Reino Unido (RU):** Inglaterra, Irlanda del Norte, Escocia, Gales, la Isla Man, las Islas del Canal, Gibraltar o las Islas Malvinas

39. <b>Desde 1980</b> , ¿alguna vez ha vivido en algún país considerado en riesgo de transmisión de vCJD (variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob) o ha viajado a alguno de estos países? (consulte el cuadro) <b>SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA</b> , conteste a las preguntas de la 40 a la 42; <b>SI SU RESPUESTA ES NEGATIVA</b> , pase a la pregunta 43.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

40. <b>De 1980 a 1996</b> , ¿pasó un período que <u>sume hasta 3 meses o más</u> en el Reino Unido (Inglaterra, Irlanda del Norte, Escocia, Gales, la Isla Man, las Islas del Canal, Gibraltar o las Islas Malvinas)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
41. <b>Desde 1980</b> , ¿ha recibido una transfusión de sangre o componentes de sangre durante su estadía en el Reino Unido o en Francia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
42. <b>Desde 1980</b> , ¿ha pasado un período que <u>sume hasta 5 años o más</u> (incluido el tiempo transcurrido en el RU entre 1980 y 1996) en algún país que se considere en riesgo de transmisión de vCJD (variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob)? (consulte el cuadro)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
43. <b>De 1980 a 1996</b> , ¿fue miembro del servicio militar de EE.UU., empleado civil del servicio militar o dependiente de un miembro del servicio militar de EE.UU. o un empleado civil del servicio militar?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
44. <b>De 1980 a 1990</b> , ¿pasó un <u>total de 6 meses o más</u> en 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. <b>De 1980 a 1996</b> , ¿pasó un <u>total de 6 meses o más</u> en 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 a 48: Países africanos con riesgo de VIH-1 grupo O**

Benín Camerún Chad Gabón Kenia Níger Nigeria Senegal Togo Zambia  
 República Centroafricana (conocida previamente como Imperio Centroafricano)  
 Congo (se refiere a la República del Congo. No incluye la República Democrata del Congo, anteriormente, Zaire).  
 Guinea Ecuatorial (incluye el territorio del Río Muni y las islas del Corisco, Elobey, Ferrando Po Bioko y Annonbon)

46. <b>Desde 1977</b> , ¿nació o vivió más de un año en alguno de los países africanos que se consideran en riesgo de transmisión del VIH-1 grupo O, o viajó a estos? (consulte la tabla) <b>Si su respuesta es afirmativa</b> , responda la pregunta 47. <b>SI SU RESPUESTA ES NEGATIVA</b> , pase a la pregunta 48.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
47. <b>Si estuvo en alguno de los países africanos enumerados en la tabla</b> , ¿recibió alguna transfusión de sangre o algún tratamiento médico con un producto elaborado a partir de sangre durante su estadía allí?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
48. <b>Desde 1977</b> , ¿ha tenido contacto sexual con alguien que haya nacido o vivido en un país africano mencionado en el cuadro anterior?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
49. En algún momento durante el embarazo:		
49a. ¿Ha recibido un diagnóstico de infección por el virus del Zika? .....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
49b. ¿Ha viajado fuera del estado donde vive?.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
49c. ¿Ha tenido relaciones sexuales con alguien que recibió un diagnóstico de infección por el virus del Zika en los seis meses anteriores a tener relaciones sexuales con usted?.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
49d. ¿Ha tenido relaciones sexuales con alguien que reside en o viajó a algún lugar fuera del estado donde usted vive en los seis meses anteriores a tener relaciones sexuales con usted?.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**REGISTRO FAMILIAR**

Hermanos del bebé (nacidos vivos):	N.º de hermanos: Hermano_____ Medio hermano_____	N.º de hermanas: Hermana_____ Media hermana_____
Hermanos de la madre del bebé (nacidos vivos):	N.º de hermanos: Hermano_____ Medio hermano_____	N.º de hermanas: Hermana_____ Media hermana_____
Hermanos del padre del bebé (nacidos vivos):	N.º de hermanos: Hermano_____ Medio hermano_____	N.º de hermanas: Hermana_____ Media hermana_____

**ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES**

1. ¿Ud. y/o el padre del bebé fueron adoptados desde el nacimiento o la niñez temprana?..... <input type="checkbox"/> madre del bebé <input type="checkbox"/> padre del bebé 1a. <b>SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA</b> , ¿dispone de los antecedentes familiares correspondientes a usted y/o al padre del bebé?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. Salvo por matrimonio, ¿usted y el padre del bebé están emparentados (por ejemplo, son primos)? <b>SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA</b> , ¿qué relación tienen?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Se usó un óvulo o semen donado para este embarazo?..... 3a. <b>SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA</b> , ¿se dispone del cuestionario sobre los antecedentes médicos familiares del donante de óvulo o semen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 3b. Nombre de la organización de la cual provino la donación:_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿Ha tenido algún examen prenatal con resultado anormal (amniocentesis, análisis de sangre, ultrasonido)? <b>SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA</b> , responda las siguientes preguntas. <b>SI SU RESPUESTA ES NEGATIVA</b> , pase a la pregunta 5. 4a. ¿Cuál fue el examen anormal?_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4b. ¿Cuál fue el resultado del examen anormal?_____		
4c. ¿Se realizó un diagnóstico?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es afirmativa, especifique el diagnóstico:_____		
5. ¿Ha tenido hijos que murieron en los primeros 10 años de vida?..... 5a. <b>SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA</b> , ¿cuál fue la causa?_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Alguna vez ha tenido un mortinato?..... 6a. <b>SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA</b> , ¿cuál fue la causa?_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**PARA EL RESTO DEL CUESTIONARIO, SI ALGUNA PREGUNTA SE RESPONDE DE MANERA AFIRMATIVA, indique la relación entre el bebé y el familiar directo con la enfermedad.**

**Para la relación, haga referencia a los siguientes códigos:**

**MB** Madre del bebé

**AB** Abuelos del bebé (abuelo o abuela)

**PB** Padre del bebé

**HMB** Hermanos de la madre del bebé\*

**HB** Hermanos del bebé (hermanos o medio hermanos)

**HPB** Hermanos del padre del bebé\*

\*El término Hermanos de los padres (HMB y HPB) se refiere solamente a tías y tíos del bebé que sean parientes consanguíneos. No incluye hermanos legales por matrimonio.

7. ¿Cáncer o leucemia?.....	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	MB	PB	HB	
<b>SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA</b> , especifique todas las opciones que correspondan en las preguntas 7a a 7j. <b>SI SU RESPUESTA ES NEGATIVA</b> , pase a la pregunta 8.						<b>SI EL FAMILIAR AFECTADO ES AB, HMB O HPB, INCLUYA LA INFORMACIÓN EN LA PÁGINA 8, PREGUNTA 24</b>
7a. Cáncer de cerebro o de otras partes del sistema nervioso.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7b. Cáncer de hueso o de articulaciones.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7c. Cáncer de riñón (incluso de la pelvis renal).....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7d. Cáncer de tiroides.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7e. Linfoma de Hodgkin.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7f. Linfoma no Hodgkin.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7g. Leucemia mieloide/mielógena aguda o crónica.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7h. Leucemia linfocítica/linfoblástica aguda o crónica.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7i. Cáncer de piel.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7j. Otro tipo de cáncer/leucemia Especifique el tipo: _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Especifique el tipo: _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Responda las preguntas 8 a 12 para cualquier trastorno o enfermedad de la sangre. SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, especifique según corresponda.**

8. ¿Enfermedad relacionada con los glóbulos rojos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	MB	PB	HB	AB	HMB	HPB
8a. Síndrome de Diamond-Blackfan.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b. Eriptocitosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8c. Deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD) u otra deficiencia de enzimas de los glóbulos rojos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8d. ¿Esferocitosis?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Enfermedad de los glóbulos blancos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	MB	PB	HB	AB	HMB	HPB
9a. Enfermedad granulomatosa crónica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9b. Síndrome de Kostmann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9c. Síndrome de Schwachman-Diamond.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9d. Deficiencia de la adhesión leucocitaria (LAD).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>10. ¿Deficiencias inmunitarias?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	MB	PB	HB	AB	HMB	HPB
10a. Deficiencias de ADA (adenosina desaminasa) o PNP (purina nucleótido fosforilasa).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10b. Síndrome de inmunodeficiencia combinada (CID), Inmunodeficiencia variable común (CVID).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10c. Síndrome de DiGeorge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10d. Linfocitopenia hemofagocítica hereditaria (HLH), incluida FEL.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10e. Hipoglobulinemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10f. Síndrome de Nezeloff.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10g. Inmunodeficiencia combinada severa (SCID).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10h. Síndrome de Wiskott-Aldrich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. ¿Enfermedad plaquetaria?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	MB	PB	HB	AB	HMB	HPB
11a. Trombocitopenia amegacariocitosis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11b. Tromboastenia de Glanzmann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11c. Trombocitopenia hereditaria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11d. Enfermedad por defecto de almacenamiento intraplaquetario.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11e. Trombocitopenia y aplasia radial (TAR).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11f. Ataxia-telangiectasia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11g. ¿Anemia de Fanconi?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12. ¿Otras enfermedades o trastornos sanguíneos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	MB	PB	HB	AB	HMB	HPB
Especifique el tipo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Problemas de hemoglobina</b>	MB	PB	HB	AB	HMB	HPB
13. ¿Enfermedad de células falciformes, como anemia de células falciformes o talasemia falciforme?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Talasemia, como talasemia alfa o talasemia beta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15. ¿Enfermedades metabólicas/de almacenamiento?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	MB	PB	HB	AB	HMB	HPB
15a. Síndrome de Hurler (MPS I).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15b. Síndrome de Hurler-Scheie (MPS I H-S).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15c. Síndrome de Hunter (MPS II).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15d. Síndrome de Sanfilippo (MPS III).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15e. Síndrome de Morquio (MPS IV).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15f. Síndrome de Maroteaux-Lamy (MPSVI).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15g. Síndrome de Sly (MPS VII).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15h. Mucopolisacaridosis tipo II.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15i. Leucodistrofia globoide (enfermedad de Krabbe).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15j. Leucodistrofia metacromática (MLD).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15k. Adrenoleucodistrofia (ALD).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15l. Enfermedad de Sandhoff.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15m. Enfermedad de Tay-Sachs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15n. Enfermedad de Gaucher.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15o. Enfermedad de Niemann-Pick.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15p. Porfiria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15q. Otras enfermedades metabólicas/de almacenamiento o enfermedades metabólicas/de almacenamiento desconocidas. Especifique el tipo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<b>Trastornos del sistema inmunológico adquirido</b>	MB	PB	HB				
16. ¿VIH/SIDA?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17. Trastorno autoinmunitario <b>grave</b> ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
<b>SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA</b> , especifique todas las opciones que correspondan en las preguntas 17a a 17d.							
<b>SI SU RESPUESTA ES NEGATIVA</b> , pase a la pregunta 18.							
17a. Enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17b. Lupus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17c. Esclerosis múltiple.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17d. Artritis reumatoide.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
18. Otros trastornos del sistema inmunitario o trastornos del sistema inmunitario desconocidos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Especifique el tipo: _____							
<b>Responda las preguntas de la 19 a la 25</b>	MB	PB	HB	AB	HMB	HPB	
19. ¿Ha requerido de transfusiones de sangre crónicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. ¿Usted o alguno de sus familiares ha recibido un diagnóstico de anemia hemolítica?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. ¿Se ha realizado una cirugía de extracción del bazo para curar un trastorno sanguíneo?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. ¿Se le ha extirpado la vesícula biliar antes de los 30 años?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. ¿Ha tenido la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (CJD)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. ¿ <b>Otras</b> enfermedades graves o potencialmente mortales que afecten a la familia, incluso cáncer, leucemia y trastornos autoinmunitarios?..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
<b>SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA</b> , enumere los familiares afectados y el tipo de enfermedad.							
Especifique el tipo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Especifique el tipo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Especifique el tipo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comentarios o información adicional:							
<b>25. Al responder a estas preguntas, según su leal saber y entender, ¿usted se refirió a usted, a su familia, al padre del bebé y a la familia del padre del bebé?</b>						<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**ORIGEN ÉTNICO/RAZA DE LA MADRE Y DEL PADRE DEL BEBÉ (marque todos los que correspondan)**

Dado que determinados antígenos leucocitarios humanos (HLA) pueden ser más frecuentes en cada grupo étnico, la información que se presenta a continuación ayudará a seleccionar una unidad de sangre de cordón para el 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"/>
<b>NEGRO O AFROAMERICANO</b>		
Africano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afroamericano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caribeño negro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sud o centroamericano negro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>HAWAIANO NATIVO O DE OTRA ISLA DEL PACÍFICO</b>		
Guamaniano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hawaiano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samoano	<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"/>
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 del Oeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caribeño blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sud o Centroamericano blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro/blanco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA</b>		
Nativo de Alaska o aleutiano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indio norteamericano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indio sud o centroamericano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indio del Caribe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


**ORIGEN ÉTNICO DEL BEBÉ: Marque una opción:**     Hispano/latino                       No hispano o latino

**LUGAR DE NACIMIENTO (país):**

Lugar de nacimiento de la madre del bebé: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento del padre del bebé: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento de la madre de la madre: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento de la madre del padre: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento del padre de la madre: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento del padre del padre: \_\_\_\_\_

 <p>St. Louis <b>Cord Blood Bank</b> SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital Saint Louis University Department of Pediatrics</p>	<b>MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE</b> <b>(CUESTIONARIO SOBRE ANTECEDENTES</b> <b>MÉDICOS)</b> <b>CL.03A.25</b>
Cellular Therapy Laboratory & St. Louis Cord Blood Bank 3662 Park Avenue, St. Louis MO 63110, 314-268-2787	

**Información demográfica**

**Madre del bebé:**

Nombre:		Apellido de soltera:	
Dirección:			
Fecha de nacimiento:	Dirección de correo electrónico:	Últimos 4 dígitos del número de SS:	
N.º de teléfono particular:	N.º de celular:	N.º alternativo:	

**Padre del bebé:**

Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Dirección:			
(calle)	(ciudad)	(estado)	(código postal)
N.º de teléfono:			

**Posiblemente, sea necesario comunicarse con usted en el futuro para verificar, aclarar o actualizar la información proporcionada en este formulario.**

En caso de que su bebé padezca una enfermedad que afecte al sistema inmunitario o una enfermedad de la sangre, llame al Banco de Sangre de Cordón al (314) 268-2787 o al 1-888-453-2673, ya que esta puede afectar a la persona que reciba este producto como trasplante.

*Declaro que entiendo lo que conlleva participar en este programa, completé este formulario según mi leal saber y entender, llamé si tuve preguntas y es mi deseo donar sangre de cordón umbilical al Banco de Sangre de Cordón de St. Louis.*

Formulario completado por \_\_\_\_\_ Fecha en que se completó \_\_\_\_\_

**GRACIAS POR AYUDARNOS A SALVAR VIDAS.**