

Información del Cliente



COMPLETE Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO CON LOS ESPECÍMENES ETIQUETADOS, SI TIENE ALGUNA PREGUNTA POR FAVOR LLAME A SERVICIO AL CLIENTE DE CRYO-CELL AL (800) 786-7235, OPCIÓN 1.

Nombre de la madre biológica en letra impresa

Kit ID (ubicado en el exterior del Kit)

1 AÚN NO ES MUY TARDE PARA MODIFICAR SU SERVICIOS

- Sangre del Cordón Umbilical Premium**
Deseo cambiar el metodo de procesamiento de la sangre del cordón umbilical, para maximizar el numero de células madre y eliminar la mayor cantidad de globulos rojos.
- Tejido del Cordón Umbilical**
Deseo añadir el servicio de criopreservación del tejido del cordón umbilical a mi inscripción.

Al seleccionar alguna de las casillas de arriba, acepto los términos y condiciones y tarifas adicionales de procesamiento y almacenamiento que se detallan en el acuerdo del cliente. Por favor llame a Cryo-Cell International para discutir al (800) 786-7235, opción 1.

2 INFORMACIÓN DEL BEBÉ - COMO DEBE APARECER EN EL CERTIFICADO DE PRESERVACIÓN

Por favor escriba legiblemente. Si el nombre no está presente en este formulario, aparecerá el nombre predeterminado de Cryo-Cell

Primer nombre del bebé:

Sexo: M F

Segundo nombre del bebé:

En caso de parto multiple: Por favor complete un formulario por cada bebé.

Apellido del bebé:

Complete este cuestionario después del parto. Todas las preguntas son estrictamente confidenciales.

3 HISTORIAL DE SALUD DE LA MADRE BIOLÓGICA - POST - PARTO

- | | |
|---|--|
| <p>1 ¿Recibió tratamiento por alguna infección bacteriana alrededor del momento del parto? En caso afirmativo, ¿Para qué y cuál fue el tratamiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>2 ¿Fue su hijo(a) tratado por alguna infección u otros trastornos en el momento del nacimiento? En caso afirmativo, ¿Para qué y cuál fue el tratamiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> | <p>3 ¿Ha recibido una mordedura de un animal sospechoso de tener rabia en los últimos seis meses anteriores al parto? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>4 ¿En algún momento durante el embarazo ha tenido un diagnóstico médico por una infección del virus Zika? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> |
|---|--|

4 DESDE LA EJECUCIÓN DE SU CUESTIONARIO DEL HISTORIAL DE SALUD INICIAL - ¿HA HABIDO ALGÚN CAMBIO A ESTAS PREGUNTAS?

- | | |
|--|--|
| <p>A ¿En algún momento durante el embarazo ha vivido o viajado a una zona activa con la transmisión del virus Zika? (Revisar la lista más actual de las áreas de transmisión del virus Zika - http://www.cdc.gov/zika/geo/index.html) o llame Cryo-Cell International para orientación 800-786-7235 opción 1. En caso afirmativo, liste las fechas, países y ciudades <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO HAY CAMBIOS</p> <p>B ¿En algún momento durante el embarazo ha tenido contacto sexual con un hombre que, en los 6 meses anteriores al contacto sexual, ha tenido una infección por el virus Zika o haya vivido o viajado a una zona activa con la transmisión del virus Zika? En caso afirmativo, liste las fechas, países y ciudades <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO HAY CAMBIOS</p> <p>C ¿Alguna VEZ ha recibido un trasplante u otro procedimiento médico que involucró quedar expuesto a células vivas, tejidos u órganos de un animal? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO HAY CAMBIOS</p> <p>D ¿Tomado alguno de los medicamentos siguientes, Hormona de crecimiento de glándulas pituitarias humanas, Insulina de Vacas (Bovina, o Carne, Insulina), Globulina Inmune de Hepatitis B (HBIG) o ha recibido una vacuna sin licencia? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO HAY CAMBIOS</p> <p>E ¿Durante su embarazo estuvo de viaje fuera de los EE.UU. o Canadá? Incluyendo a Puerto Rico y el Caribe. Nota: si usted vive fuera de los EE.UU. o Canadá, marque NO. Por cada visita, liste los países, ciudades y fechas de su viaje: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO HAY CAMBIOS</p> <p>F ¿Fue diagnosticada con el virus del Nilo Occidental, la malaria, Chagas, babesiosis, o hepatitis? Tratada para el VPH, herpes genital, la sífilis o la gonorrea? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO HAY CAMBIOS</p> <p>G ¿Tuvo contacto con alguien: ¿Quién tiene / sospecha que tiene el VIH / SIDA? Ha sido pagado por sexo? Tenga hemofilia o utiliza concentrados de factores de coagulación o agujas para algo no prescrito por su médico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO HAY CAMBIOS</p> <p>H ¿Ha tenido nuevos problemas médicos o diagnósticos o recibido nuevos tratamientos médicos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO HAY CAMBIOS</p> | <p>I ¿Ha tenido contacto sexual con un hombre que haya tenido contacto sexual con otro hombre? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO HAY CAMBIOS</p> <p>J ¿Recibió un pinchazo accidental, entró en contacto con la sangre de otra persona o tuvo una transfusión de sangre? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO HAY CAMBIOS</p> <p>K ¿Ha recibido dinero, drogas u otro pago por sexo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO HAY CAMBIOS</p> <p>L ¿Ha estado en prisión de menores, cárcel o prisión por más de 72 horas? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO HAY CAMBIOS</p> <p>M ¿Ha utilizado agujas para tomar drogas, esteroides, o cualquier cosa no recetada por su médico? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO HAY CAMBIOS</p> <p>N ¿Vive ahora con una persona o ha tenido contacto sexual con alguien que tenga hepatitis? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO HAY CAMBIOS</p> <p>O ¿Ha obtenido un tatuaje, o perforaciones en los oídos o el cuerpo? ¿Se realizó con equipo estéril no reutilizable? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO HAY CAMBIOS</p> <p>P ¿Ha recibido alguna vacuna o inyecciones o entrado en contacto con alguien que tuvo una vacuna contra la viruela? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO HAY CAMBIOS</p> <p>Q ¿Usted o algún pariente de sangre ha sido diagnosticado con la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ)? ¿Ha sido diagnosticado con una enfermedad neurológica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO HAY CAMBIOS</p> |
|--|--|

5 FIRMA

Estoy de acuerdo con la recolección, procesamiento, pruebas y almacenamiento de mis muestras.

Nombre y apellido la madre biológica

Firma de la madre biológica

Fecha

Traductor/Interprete - Nombre y apellido (si aplica)

Fecha

(Miembros de la familia no podrán servir de intérpretes o traductores)

PARA USO DE CRYO-CELL

Reviewed by: _____ Forward Date: _____

QA Review by: _____ M Z V S va X MD E

Review Date: _____

Comment: _____

MD Review: _____ Review Date: _____

Comment: _____

CLOSED BY: _____ DATE: _____