

Formulario de Inscripción

Está usted usando una donación de: Óvulo Esperma Embrión

DE SER ASI, SE REQUIERE UN FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD DE DONANTE DE LA FDA (proveída por Cryo-Cell)

Es esto una adopción o subrogación? YES, if YES:

POR FAVOR, TENGA EN CUENTA: Un contrato y consentimiento informado es requerido para la mujer gestante. Por favor comunicarse a nuestra línea de Servicio al Cliente al (800)786-7235, para obtener información adicional.

(Marque todas las opciones que apliquen, si está utilizando alguna donación de óvulo, esperma o embriones)

Marque la casilla correspondiente: Bebé Único Gemelos (2 kits) Trillizos (3 kits) Cuatrillizos (4 kits) Adopción Subrogación

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA MADRE / TUTOR LEGAL:

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE / CO RESPONSABLE

Nombre y Apellidos:	Nombre y Apellidos:
# De seguro Social:	# De seguro Social:
Fecha de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:	Dirección:
Cuidad/ Estado:	Cuidad/ Estado:
Código Postal/ País:	Código Postal/ País:
Teléfono de casa:	Teléfono de casa:
Celular:	Celular:
Correo electrónico:	Correo electrónico:
Fecha probable de parto:	

DIRECCIÓN POSTAL INTERNACIONAL: (en caso de ser aplicable)

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE PARIENTE CERCANO: (Opcional)

Nombre y Apellidos:	Nombre y Apellidos:
Dirección:	Dirección:
Cuidad/ Estado:	Cuidad/ Estado:
Cuidad/ Estado:	Cuidad/ Estado:
Teléfono de casa:	Teléfono de casa:
Celular:	Celular:
Correo electrónico:	Correo electrónico:

INFORMACIÓN DEL DOCTOR:

INFORMACIÓN DEL HOSPITAL:

Nombre de la clínica:	Nombre del Hospital:
Nombre de Obstetra / Partera:	Dirección:
Dirección:	Cuidad/ Estado:
Cuidad/ Estado:	Código Postal/ País:
Código Postal/ País:	Teléfono:
Teléfono:	Fax:
Fax:	

SI HA SIDO REFERIDO POR UN CLIENTE, POR FAVOR PROVEER EL NOMBRE: _____

Este Contrato y Consentimiento Informado para las pruebas de detección de enfermedades infecciosas (el "Contrato") tiene lugar entre Cryo-Cell International ("Cryo-Cell") y el pariente(s) / tutor legal ("Cliente"). Los servicios de Cryo-Cell cubren dos ofertas distintas que se pueden comprar por separado o en conjunto: (A) recolección, procesamiento, pruebas y almacenamiento de las células madre de la sangre del cordón umbilical ("Servicio de sangre de cordón umbilical") y / o (B) recolección, procesamiento y almacenamiento del tejido del cordón umbilical ("Servicio de tejido del cordón") (ya sea solo o en conjunto, el "Servicio o Servicios"). Este Contrato proporciona instrucciones para la recolección, pruebas, procesamiento, criopreservación y almacenamiento de las células madre de la sangre del cordón umbilical y / o tejido del cordón umbilical (ya sea solo o en conjunto, "las células madre del bebé") después del nacimiento del bebé ("Bebé"). El cliente debe ejecutar el Contrato, junto con los formularios anexos, que incluyen: Este formulario de inscripción estipulando las responsabilidades de Cryo-Cell y el Cliente; Consentimiento informado para realizar las pruebas de detección de enfermedades infecciosas y VIH; Autorización para la recolección de sangre de cordón umbilical y / o el tejido del cordón, y la sangre de la madre biológica; Liberación de responsabilidad; Cuestionario de historial de salud y consentimiento informado, formulario de información del cliente, formulario del proveedor de salud y paquete de inscripción de la madre gestante (de ser aplicable); sangre del cordón umbilical y / o de tejido del cordón umbilical; Servicios adquiridos e Información de pago.

RESPONSABILIDADES DE CRYO-CELL Y DEL CLIENTE

Cryo-Cell es responsable de proporcionar un kit de recolección, que incluye las instrucciones para el cliente y las instrucciones de recolección para el proveedor de atención médica que llevará a cabo la recolección. Cryo-Cell mantendrá indefinidamente vinculación entre la madre y el bebé con las células madre almacenadas de la sangre del cordón umbilical y / o del tejido cordón. El cliente es responsable de informar a su proveedor de atención médica sobre la solicitud de recolectar las células madre del bebé al momento del parto. El cliente debe llevar el kit de recolección al hospital o centro de maternidad en el momento en que se presenta para el nacimiento del bebé. El cliente se compromete a informar a su proveedor de atención médica que la extracción de la sangre de la madre biológica debe ser realizada al momento de la admisión y antes de que cualquier fluido o hemoderivados sean administrados por vía intravenosa; sobre la recolección de la sangre del cordón umbilical y / o tejido del cordón; obtener una evaluación física de la madre biológica y del bebé por parte de un médico; y completar la documentación correspondiente proporcionada en el kit de recolección de acuerdo con los términos de éste Contrato. El cliente autorizará a Cryo-Cell a examinar la sangre de la madre biológica y las muestras de la sangre / tejido del cordón umbilical para pruebas de enfermedades infecciosas y de VIH. Si alguna complicación se produce durante el parto, el médico puede optar por no recolectar la sangre / o tejido del cordón umbilical del bebé. Cryo-Cell utiliza un servicio de mensajería médica para recoger su muestra(s) en su habitación del hospital y lo entregará en las instalaciones de Cryo-Cell a una tarifa fija.¹ Inmediatamente después del parto, el cliente o una persona designada llamará a Cryo-Cell International al 1-800-786-7235 (disponible las 24 horas), para realizar los arreglos pertinentes a la transportación de la muestra(s). Mientras espera que su muestra(s) sea recogida, la muestra(s) debe permanecer con el cliente en un entorno seguro en todo momento y a temperatura ambiente. El servicio de mensajería médica recoge el kit de recolección en el hospital o centro de maternidad y entrega la muestra(s) a Cryo-Cell utilizando el método óptimo de transportación, para que las células madre de su bebé lleguen al laboratorio de procesamiento de Cryo-Cell de la forma más rápida y segura como sea posible. Para obtener resultados de procesamiento óptimos, se requiere que las muestras sean recibidas en el laboratorio de Cryo-Cell durante las primeras 72 horas del momento de la recolección. La información relacionada con el bebé donante y su familia tendrá carácter confidencial y sólo se encuentra disponible para su revisión por personas designadas por Cryo-Cell International o por las autoridades nacionales para evaluar el Banco de Sangre de Cordón Umbilical.

Cryo-Cell procesará, evaluará, criopreservará y almacenará las células madre del bebé de acuerdo a los protocolos aprobados de procesamiento de Cryo-Cell. Parte del plasma y los glóbulos rojos que quedan después del procesamiento y la criopreservación de las células madre del bebé y la sangre materna se guardarán para futuras pruebas de familia, en caso de ser necesario. Todos los productos de desecho pasan a ser propiedad de Cryo-Cell. Cryo-Cell puede optar por no procesar y / o almacenar las células madre del bebé si la muestra no cumple ciertos requisitos de Cryo-Cell, incluyendo, pero no limitado a: rendimiento celular bajo de la unidad de sangre del cordón umbilical, la edad de las células madre de la sangre y / o tejido del cordón umbilical, recolección indebida de las células madre del bebé, manipulación o transportación indebida de las células madre del bebé (es decir, que no esté conforme con el protocolo de Cryo-Cell), o si los especímenes resultan ser VIH positivo. Si hay algún problema que impida el procesamiento, pruebas, criopreservación y almacenamiento, Cryo-Cell notificará al Cliente respecto a la disposición prevista de las células madre del bebé.

¹ El costo de nuestro servicio de mensajería médica es \$150 en los EE.UU. continental, y \$200 en AK, HI y PR. Los clientes Internacionales deben elegir un servicio de mensajería, y serán facturados directamente por el servicio de mensajería seleccionado.

Debido a la naturaleza de la colección, todas las muestras pueden variar en la idoneidad de su uso. Las variaciones pueden incluir, pero no se limitan a: contaminación bacteriana, no tener los resultados apropiados de las pruebas de enfermedades infecciosas, cuestionario de historia médica del cliente, portador de nacimiento y/o el examen físico del bebé, un conteo celular demasiado bajo para el tratamiento de ciertas enfermedades. Cryo-Cell no puede predecir los requisitos que lleguen a existir en el momento de necesitar la unidad de sangre de cordón para los resultados de las pruebas de enfermedades y de conteo celular. Los requisitos cambian y varían dependiendo de la enfermedad y criterios de juicios clínicos. En caso de que las células madre sean solicitadas para trasplante o infusión, el médico tratante determinará la conveniencia de su uso con un informe suministrado por Cryo-Cell que contiene todos los resultados disponibles de las pruebas.

Cryo-Cell requiere se cumpla con las instrucciones del empaque, la variación de ellas puede afectar la efectividad del uso de la muestra. Esto puede incluir, pero no están limitados a: formularios-incompletos tales como el cuestionario de historia médica y el consentimiento informado, formulario de información del cliente y proveedor de salud o el contrato con el cliente, almacenamiento del kit fuera de la temperatura requerida; un empaque inadecuado de la sangre del cordón umbilical o de los tubos con sangre materna; insuficiente volumen de sangre del cordón umbilical o sangre materna; no usar suministros de recogida previstos; tubos de sangre del cordón umbilical o sangre materna no etiquetados; no devolver las muestras necesarias para su procesamiento y/o pruebas. En el caso de un envío internacional o cuando un kit de emergencia es enviado, el cliente será responsable por los gastos de mensajería médicos. Cryo-Cell le enviará al cliente un certificado de preservación como confirmación de que las células madre del bebé han sido exitosamente procesadas y almacenadas.

El cliente es responsable de completar y devolver toda la documentación asociada, la cual es suministrada con el kit de recolección. El no tener los documentos requeridos completos y devueltos a Cryo-Cell puede también afectar la idoneidad de la muestra según los requisitos en el momento de ser necesitada. El médico tratante será notificado de falta de cualquier documentación y el médico determinará la idoneidad de su uso.

En el caso de que se requiera información adicional, autorizo a Cryo-Cell a ponerse en contacto con el médico que realizó la recolección o persona designada para que revise los registros médicos posterior a la recolección de la madre biológica, mujer gestante o de mi bebé. Esta revisión se limita a la información necesaria para completar o aclarar cualquier documentación requerida para cumplir con los criterios de liberación de trasplante de Cryo-Cell. Cryo-Cell reconoce el carácter confidencial de la información proporcionada por el Cliente y, si es diferente del Cliente, la mujer gestante del Bebé, en conexión con este Acuerdo y Cryo-Cell acuerda usar sus mejores esfuerzos razonables para mantener la confidencialidad, excepto cuando sea requerido por la ley o según lo permitido por este Acuerdo. El cliente y, si es diferente, la mujer gestante por este medio acuerda la divulgación de información con respecto a dicha persona o el Bebé y relacionada con los servicios realizados en virtud del presente, al hospital, laboratorio o colector que presta estos servicios al Cliente o, si es diferente, la mujer gestante. Por favor, infórmenos al 800-786-7235 si en algún momento hay una actualización sobre la salud de su bebé que debe ser mantenido con sus registros.

El cliente es responsable por el pago de todas las cuotas. Si el cliente cancela el Servicio(s) de Cryo-Cell antes del parto, el cliente debe notificar a Cryo-Cell y enviar el kit de recolección de vuelta dentro de las primeras dos semanas después de la notificación, para evitar una tarifa de cancelación no reembolsable de \$150(USD). Esta tarifa se cargará automáticamente de 30 a 45 días después de la fecha probable de parto. Cryo-Cell no es responsable por el reembolso de los honorarios que el médico o partera del cliente, u otro profesional médico pueda cobrar por la recolección de las células madre del bebé. Si el cliente únicamente se inscribe en el Servicio de la Sangre de Cordón Umbilical, el cliente está de acuerdo que en caso de que el tejido cordón umbilical sea enviado junto con la sangre del cordón umbilical, el tejido del cordón puede ser descartado o utilizado con fines de investigación y desarrollo por Cryo-Cell.

En el caso de que se soliciten las células madre del bebé para un trasplante o para otros tratamientos, comuníquese con Cryo-Cell International, al (800)-786-7235. Cryo-Cell requiere una autorización por escrito por parte del Tutor Legal del Bebé para recobrar las células madre del bebé, así como una petición por escrito de un médico calificado para realizar el trasplante de células madre u otros tratamientos (que deben estar asociados con un protocolo aprobado por la FDA o equivalente). Los especímenes estarán disponibles para el médico solicitante en los primeros treinta días laborales después de que se haga la solicitud a Cryo-Cell, siempre y cuando todas las demás condiciones requeridas para la liberación de la muestra(s) se cumplan por el Cliente y / o el Médico según la FDA (o equivalente), agencias de acreditación de Cryo-Cell y otras normas federales y estatales aplicables. Tenga en cuenta que el médico realiza la decisión final en cuanto al curso de los tratamientos médicos. Siguiendo el formulario de consentimiento actual de liberación proporcionado por Cryo-Cell al cliente, Cryo-Cell, una vez recibida la autorización y petición, Cryo-Cell y / o el centro de tratamiento llevarán a cabo las pruebas adecuadas de las células madre del bebé y enviarán las células madre del bebé a la instalación identificada. El cliente es responsable de todos los gastos de envío y las pruebas necesarias para el trasplante.

El cliente entiende y está de acuerdo que Cryo-Cell acepta las células madre del Bebé por parte del Cliente en la capacidad del cliente como tutor legal del bebé. Contrario a la terminación de este Contrato, Cryo-Cell no tiene ningún derecho sobre las células madre del bebé. Cryo-Cell tendrá derecho a confiar en las instrucciones de los padres / tutores designados hasta que el bebé cumpla dieciocho años, en relación con cualquier disposición de las células madre del bebé, los honorarios, el cambio en la información de contacto y cualquier otro requisito para los servicios en virtud del Contrato. El cliente es responsable de notificar al departamento de Servicio al Cliente de Cryo-Cell de cambios en la información de pago, mientras este Contrato esté vigente. En el caso de que el Cliente desee asignar sus derechos y obligaciones bajo este Contrato a un tercero, ésta otra persona debe firmar un nuevo Acuerdo para confirmar su entendimiento y Contrato de los términos y condiciones de este servicio.

En el caso de que un cliente desee suspender el Servicio(s) antes de que el Bebé cumpla dieciocho años y cuya cuenta está vigente, el Cliente deberá informar a Cryo-Cell y firmar una Carta de Descontinuación que será proporcionada por Cryo-Cell. En tal caso todos los derechos de propiedad sobre las células madre del bebé se trasladarán a Cryo-Cell. Las solicitudes deben estar en un documento aprobado y suministrado por Cryo-Cell, detallando la información de la cuenta del cliente y con las instrucciones para la descontinuación o la donación con fines de investigación. La carta será enviada al padre solicitante(s) o tutor(es) y requerirá la firma de la persona(s) responsable(s) que está(n) ligado(s) a este Contrato. Después de que el Bebé cumpla dieciocho años, toda solicitud de descontinuación debe ser por parte de él Bebé y el mismo deberá firmar la Carta de Descontinuación.

En el caso de que un cliente, cuya cuenta está vigente y desee transferir las células madre del bebé antes de que el Bebé cumpla dieciocho a otra facilidad de almacenamiento registrada ante la FDA u otra entidad adecuada para investigación o para la donación a un banco público de sangre de cordón umbilical, el cliente debe ponerse en contacto con Cryo-Cell al (800)-786- 7235. Cryo-Cell comunicará los requisitos de transferencia al Cliente. Estos requisitos son los siguientes: (a) la identidad del cliente debe ser verificada, (b) El cliente debe identificar una entidad que sea capaz de recibir las células madre del bebé con el cumplimiento de todas las normas y requisitos, (c) el consentimiento firmado de Liberación, (d) la entidad receptora debe completar toda la documentación necesaria de Cryo-Cell en referencia a la transferencia, (e) El cliente debe pagar una tasa de transferencia que reembolsa a Cryo-Cell por todos los gastos relacionados con la transferencia, incluyendo los costos para completar los documentos necesarios para el cumplimiento de regulaciones y los costos para liberar, empaquetar y enviar las células madre del bebé, y (f) el cliente y entidad receptora deberán acordar el mantener a Cryo-Cell indemne por cualquier pérdida o daño en relación con las células madre del bebé transferidas. Tenga en cuenta que después de la transferencia de la unidad de sangre del cordón umbilical, ya no se aplicará la Garantía del Pago de Cryo-Cell, ni tampoco el estatus de acreditación será transferido con la muestra por parte del FACT y AABB. En caso de que ocurra una transferencia parcial de especímenes, la cuota anual de almacenamiento se seguirá aplicando para cualquier muestra(s) restante almacenada.

A partir del decimoctavo cumpleaños del bebé, el Bebé dirige la liberación y el uso de las células madre del bebé. El Cliente está de acuerdo en que, después de que el Bebé cumpla los dieciocho años, la recuperación y el uso de las células madre del bebé serán responsabilidad exclusiva del Bebé y que el Cliente no tiene ningún derecho o poder adicional para dirigir la liberación, el uso o la descontinuación del almacenamiento de las células madre del bebé. A partir del decimoctavo cumpleaños del Bebé, el Cliente por este medio libera y renuncia a favor del Bebé cualquier derecho, título o interés que pueda tener en o relacionado con las células madre del bebé. El cliente puede continuar pagando las tarifas anuales de almacenamiento para el beneficio del Bebé.

Cryo-Cell podrá rescindir el presente Contrato en cualquier momento si algún pago hacia Cryo-Cell no es recibido oportunamente y si esa falta de pago no se subsane dentro de los sesenta (60) días posteriores a la recepción de la notificación de la falta de pago, por parte de Cryo-Cell al Cliente. En caso de rescisión por falta de pago, Cryo-Cell no reembolsará las tasas pagadas a Cryo-Cell por el Cliente y todos los derechos de propiedad sobre las células madre del bebé se transferirán a Cryo-Cell. Sobre rescisión o expiración de la vigencia de este Contrato, el Cliente se compromete a: (a) pagar todas las tarifas pendientes debidas a Cryo-Cell, (b) liberar todos los derechos y renunciar a todos los reclamos contra Cryo-Cell, sus afiliados y los respectivos agentes, empleados, directores, accionistas, representantes y consultores de Cryo-Cell con relación a este Contrato, los servicios que se presten a continuación y las células madre del bebé, (c) que Cryo-Cell no tendrá ninguna otra responsabilidad u obligación con el cliente con respecto a las células madre del bebé o de otra manera, después de la terminación o expiración y (d) que todos los derechos de propiedad sobre las células madre del bebé se trasladarán a Cryo-Cell.

Este Contrato se registrará e interpretará de acuerdo con las leyes del Estado de Florida, sin dar efecto a los conflictos de leyes, normas o principios. Este Contrato ha sido elaborado en el idioma inglés y fue traducido al español para la comodidad del cliente, pero el idioma inglés prevalecerá para su interpretación. Todas las preguntas, controversias o

diferencias que puedan surgir entre las Partes de este Contrato, tales como; preguntas, controversias o diferencias que no pueden ser resueltas amigablemente por las partes, se someterán a arbitraje, que se llevará a cabo en el condado de Pinellas, Florida, de acuerdo con las reglas de arbitraje comercial de la Asociación Americana de Arbitraje, cuyas normas se considerarán a ser incorporadas como referencia en esta Sección. La decisión de los árbitros será definitiva y vinculante para las Partes y facilitará los recursos únicos y exclusivos de las Partes. La sentencia sobre cualquier laudo dictado por el árbitro podrá ser presentada en cualquier tribunal que tenga jurisdicción en Pinellas. Se puede solicitar a dicho tribunal la aceptación judicial de la adjudicación o las órdenes de ejecución.

El cliente entiende que tanto el servicio y el eventual trasplante u otros procedimientos médicos que pueden ser utilizados en conexión con las células madre del bebé implican nuevas técnicas y procedimientos, y que, a excepción de los derechos limitados otorgados de conformidad con la Garantía de Pago Cryo-Cell no hay garantía o seguridad de un resultado exitoso en el caso de que se utilice la unidad de sangre del cordón umbilical o del tejido del cordón. Una vez que el cliente solicita la unidad y la misma se envía desde Cryo-Cell, el cliente acepta liberar a Cryo-Cell de cualquier responsabilidad, a pesar de la Garantía de pago de Cryo-Cell. Por favor, tenga en cuenta que la garantía de pago Cryo-Cell no se aplica al servicio del tejido del cordón. Cryo-Cell no hace representaciones o garantías en relación con el éxito de la recolección, el transporte, la evaluación, el procesamiento, la criopreservación o proceso de almacenamiento independiente de los derechos limitados conferidos por la garantía de pagos Cryo-Cell.

En consideración a la posibilidad de utilizar el servicio(s) de Cryo-Cell, el cliente entiende y acepta que, a excepción de la posibilidad de un pago en virtud de la Garantía de Pago Cryo-Cell para el Servicio de Sangre de Cordón Umbilical y sólo en los casos en que la unidad de sangre del cordón umbilical se requiera para el trasplante, Cryo-Cell no se hace responsable en caso de incumplimiento de sus obligaciones o de otros actos u omisiones. A través de este contrato, el cliente exonera a Cryo-Cell y sus funcionarios, directores, empleados, consultores, agentes, afiliados, sucesores y cesionarios de toda y cualquier otra responsabilidad por cualquier y toda pérdida, daño o reclamación de cualquier tipo en relación con los servicios de Cryo-Cell. Sin limitar en modo alguno lo anteriormente mencionado, el Cliente específicamente exonera a Cryo-Cell de cualquier y toda responsabilidad asociada con la pérdida o daño de la sangre del cordón, tejido del cordón y / o sangre de la mujer gestante durante el transporte. El cliente entiende y acepta que, en esta liberación, el cliente renuncia a determinados derechos que el cliente de otro modo podría tener, ahora o en el futuro para demandar o no demandar por daños monetarios u otras medidas contra Cryo-Cell por alguna razón relacionada con los Servicios distintos de los derechos que el Cliente pueda tener bajo la Garantía de Pago Cryo-Cell, en su caso.

Al momento de la inscripción, el cliente debe elegir uno de los planes disponibles; El método de procesamiento; y el plan anual de almacenamiento; el plan de almacenamiento de 18 años; o el plan de almacenamiento de por vida al completar la sección de Servicios adquiridos en este Contrato. Si el plan de almacenamiento de 18 años o el plan de almacenamiento de por vida es seleccionado, este Contrato, el plan elegido y su garantía se transferirá al bebé, una vez el bebé cumpla dieciocho años y el bebé tendrá todos los derechos sobre la muestra.

Si el plan de almacenamiento anual es seleccionado en la sección de Servicios Adquiridos del Contrato, una vez el bebé cumpla dieciocho años, el cliente podrá continuar pagando las cuotas anuales de almacenamiento a beneficio del bebé. Cryo-Cell puede cambiar la cuota de almacenamiento anual de vez en cuando mediante notificación por escrito a los clientes. Este Contrato puede ser cancelado por petición escrita del cliente en cualquier momento, independientemente de si el bebé sigue siendo un menor o ha alcanzado los dieciocho (18) años de edad. Cuando un bebé ha alcanzado dieciocho (18) años de edad, el bebé puede reclamar la propiedad de las células madre, sin embargo, ya que Cryo-Cell no tiene una relación contractual con el bebé, Cryo-Cell se basará en la representación del cliente actuando en nombre del Bebé y honraremos toda solicitud de cancelación que se haga después de que el bebé cumpla dieciocho años.

Se recogerán muestras de la mujer gestante / madre genética y / o donantes menores para pruebas de enfermedades transmisibles y pruebas de enfermedades genéticas, tipificación HLA y / u otras pruebas, según corresponda. Cryo-Cell International tiene la obligación de notificar los resultados de las pruebas de enfermedad contagiosa positiva o indeterminada o resultados de pruebas genética a la madre gestante / madre genética o a su médico responsable y agencias gubernamentales cuando sea requerido.

AUTORIZACIÓN PARA RECOLECTAR LA SANGRE Y/O TEJIDO DEL CORDÓN UMBILICAL Y SANGRE DE LA MADRE BIOLÓGICA; LIBERACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD

La persona abajo firmante está participando en el Servicio de almacenaje de Sangre y / o Tejido del Cordón Umbilical de Cryo-Cell. El servicio(s) requiere la extracción de una muestra de sangre de la madre biológica o de la madre genética, en el caso de adopción/alquiler de vientre de la mujer gestante y de la recolección de la muestra de sangre del cordón umbilical y / o muestra de tejido del cordón en el momento del nacimiento del bebé. El procedimiento de recolección se resume en las instrucciones de recolección Sangre y Tejido del Cordón Umbilical. El cliente entiende que

CONTRATO DE SERVICIO PARA LA SANGRE Y TEJIDO DEL CORDÓN UMBILICAL

hay otras opciones para el almacenamiento de sangre del cordón umbilical del bebé, tales como almacenamiento para uso público o de investigación. Por el presente la persona abajo firmante otorga su consentimiento para que los profesionales médicos que asistirán al parto realicen estas recolecciones.

La persona abajo firmante reconoce que pueden surgir complicaciones durante el parto, lo que podría impedir o dificultar la recolección de la sangre del cordón umbilical y / o de muestra de tejido del cordón o que la muestra(s) obtenida sea inadecuada(s) o insuficiente(s). Entiendo y reconozco que el juicio médico de mi doctor para recolectar o no recolectar la muestra(s) será absoluto y final. Entiendo que la prioridad número es mi salud y la salud de mi bebé.

A la persona abajo firmante se le ha dado la oportunidad a rechazar o retirar el consentimiento en materia de contratación sin afectar la atención médica. La persona abajo firmante libera y para siempre exonera al obstetra o enfermera partera certificada, el hospital o centro de maternidad, y sus respectivos funcionarios, directores, accionistas, empleados, agentes, representantes, consultores afiliados, sucesores y cesionarios (colectivamente, las **"Partes Liberadas"**) de cualquier y toda responsabilidad por cualquier pérdida, daño, deterioro o reclamación de cualquier tipo que surja de o esté relacionada con la recolección de, o no recolección, de la muestra(s) de la sangre del cordón umbilical y / o tejido del cordón y de las muestras de sangre de la mujer gestante. La persona abajo firmante reconoce que, en esta versión, la abajo firmante renuncia a cualquier derecho que haya adquirido, ahora o en el futuro, para demandar o no demandar por daños monetarios u otras medidas contra cualquiera de las Partes Liberadas por alguna razón relacionadas con la recolección de, o no recolección, de la muestra de sangre del cordón umbilical y / o muestra de tejido del cordón umbilical y muestras de sangre de la mujer gestante. He leído la información anterior en relación con la detección de enfermedades infecciosas y las pruebas del VIH, así como la Autorización para recolectar la sangre y / o tejido del cordón umbilical y sangre de la mujer gestante; Liberación de responsabilidad. Doy mi consentimiento para realizar las pruebas de detección de Enfermedades Infecciosas y la prueba del VIH, al igual que pruebas futuras para la detección de enfermedades infecciosas y de VIH que puedan ser requeridas por la ley, y autorizo al proveedor para recolectar sangre o tejido del cordón umbilical y la sangre de la madre biológica.

Este Contrato, que incluye - Formulario de inscripción; Responsabilidades de Cryo-Cell y el Cliente; Historial Médico; Consentimiento Informado; Autorización para recolectar la sangre y/o tejido del cordón umbilical y sangre de la mujer gestante; Liberación de la responsabilidad; Consentimiento de la mujer gestante (No-Cliente) para recolección de sangre y/o tejido del cordón umbilical en el caso de adopción/alquiler de vientre; Servicios adquiridos e Información de pago, es la totalidad del Contrato entre las partes con respecto a lo aquí tratado y anula todos los contratos y acuerdos anteriores, ya sea por escrito u oralmente, entre las Partes.

Nombre Impreso: (Nombre)	Nombre Impreso: (Nombre)
(Apellido)	(Apellido)
Fecha	Fecha
Firma de la Madre/Relativo/Tutor Legal	Firma del Padre/Co-Responsable/Tutor Legal
Traductor/ Intérprete – Nombre y Apellido:	
(Si Aplica)	Fecha
(Familiares no podrán servir de intérpretes o traductores)	

Las actividades de todos los bancos privados de sangre para los residentes del Estado de Nueva York con respecto al tejido del cordón umbilical son limitados a la recolección, procesamiento y almacenamiento a largo plazo de las células madre del tejido del cordón umbilical. La posesión de una licencia del Estado de Nueva York para dicha recolección, procesamiento y almacenamiento a largo plazo no indica aprobación o respaldo de los posibles usos futuros o de idoneidad futura de estas células.

El servicio de tejido de cordón umbilical que ofrece Cryo-Cell a las familias en espera de un bebé, proporciona la oportunidad de almacenar criogénicamente las células del tejido del cordón que se encuentran dentro del tejido prácticamente intacto de sus recién nacidos. Puede que sea necesario realizar un procesamiento de laboratorio adicional en caso de que las células del tejido del cordón umbilical sean consideradas para uso potencial en una aplicación terapéutica futura.

SERVICIOS ADQUIRIDOS

Por favor seleccione la casilla adecuada: Cliente Nuevo Cliente Existente

Por favor seleccione la casilla adecuada para tramitar el método de procesamiento que ha escogido:

Servicio de Sangre del Cordón Umbilical Standard HES Servicio de Sangre del Cordón Umbilical Premium PrepaCyte

Por favor seleccione la casilla adecuada para el almacenamiento del tejido:

2 Viales (Standard) 6 Viales (Max)

Por favor seleccione la casilla adecuada para los Servicio(s) que ha escogido.

- Servicio de Cryo-Cell de Sangre y Tejido del Cordón Umbilical – Plan Anual** \$ _____

El Plan anual de almacenamiento incluye el procesamiento, análisis, mensajería médica (sólo clientes de EE.UU. y Puerto Rico) y el primer año de los gastos de almacenamiento. La primera cuota del Plan de Almacenamiento Anual se efectuará cuando la muestra sea procesada. La cuota anual de almacenamiento (\$____) a partir del 2do año de almacenamiento en adelante se cargará automáticamente a su tarjeta de crédito / débito en el mes de nacimiento del bebé. Existe un cargo de interés de 1.5% por mes para los pagos que tengan más de 30 días de atraso.
- Servicio de Cryo-Cell de Sangre y Tejido del Cordón Umbilical – Plan de 18-Años** \$ _____

El Plan de 18 años incluye el procesamiento, análisis, mensajería médica (sólo clientes de EE.UU. y Puerto Rico) y 18 años de almacenamiento a precio de descuento pre-pagados. El plan de 18 años se efectuará cuando la muestra sea procesada. Existe un cargo de interés de 1.5% por mes para los pagos que tengan más de 30 días de atraso.
- Servicio de Cryo-Cell de Sangre y Tejido del Cordón Umbilical – Plan de por vida** \$ _____

El Plan de por vida incluye el procesamiento, análisis, mensajería médica (sólo clientes de EE.UU. y Puerto Rico) y almacenamiento de la sangre y tejido del cordón umbilical a precio de descuento pre-pagados de por vida. El plan de por vida se efectuará cuando la muestra sea procesada. Existe un cargo de interés de 1.5% por mes para los pagos que tengan más de 30 días de atraso.
- Servicio de Cryo-Cell de Sangre de Cordón Umbilical – Plan anual** \$ _____

El Plan anual de almacenamiento incluye el procesamiento, análisis, mensajería médica (sólo clientes de EE.UU. y Puerto Rico) y el primer año de los gastos de almacenamiento. La primera cuota del Plan de Almacenamiento Anual se efectuará cuando la muestra sea procesada. La cuota anual de almacenamiento (\$____) a partir del 2do año de almacenamiento en adelante se cargará automáticamente a su tarjeta de crédito / débito en el mes de nacimiento del bebé. Existe un cargo de interés de 1.5% por mes para los pagos que tengan más de 30 días de atraso.
- Servicio de Cryo-Cell de Sangre del Cordón Umbilical– Plan de 18 Años** \$ _____

El Plan de 18 años incluye el procesamiento, análisis, mensajería médica (sólo clientes de EE.UU. y Puerto Rico) y 18 años de almacenamiento a precio de descuento pre-pagados. El plan de 18 años se efectuará cuando la muestra sea procesada. Existe un cargo de interés de 1.5% por mes para los pagos que tengan más de 30 días de atraso.
- Servicio de Cryo-Cell de Sangre del Cordón Umbilical– Plan de por vida** \$ _____

El Plan de por vida incluye el procesamiento, análisis, mensajería médica (sólo clientes de EE.UU. y Puerto Rico) y almacenamiento de la sangre del cordón umbilical a precio de descuento pre-pagado de por vida. El plan de por vida se efectuará cuando la muestra sea procesada. Existe un cargo de interés de 1.5% por mes para los pagos que tengan más de 30 días de atraso.
- Servicio de Cryo-Cell de Tejido del Cordón– Plan Anual** \$ _____

El Plan anual de almacenamiento incluye el procesamiento, análisis, mensajería médica (sólo clientes de EE.UU. y Puerto Rico) y el primer año de los gastos de almacenamiento. La primera cuota del Plan de Almacenamiento Anual se efectuará cuando la muestra sea procesada. La cuota anual de almacenamiento (\$____) a partir del 2do año de almacenamiento en adelante se cargará automáticamente a su tarjeta de crédito / débito en el mes de nacimiento del bebé. Existe un cargo de interés de 1.5% por mes para los pagos que tengan más de 30 días de atraso.
- Servicio de Cryo-Cell de Tejido del Cordón – Plan de 18 Años** \$ _____

El Plan de 18 años incluye el procesamiento, análisis, mensajería médica (sólo clientes de EE.UU. y Puerto Rico) y 18 años de almacenamiento a precio de descuento pre-pagados. El plan de 18 años se efectuará cuando la muestra sea procesada. Existe un cargo de interés de 1.5% por mes para los pagos que tengan más de 30 días de atraso.
- Servicio de Cryo-Cell de Tejido del Cordón – Plan de por vida** \$ _____

El Plan de por vida incluye el procesamiento, análisis, mensajería médica (sólo clientes de EE.UU. y Puerto Rico) y almacenamiento del tejido a precio de descuento pre-pagado de por vida. El plan de por vida se efectuará cuando la muestra sea procesada. Hay un cargo de interés de 1.5% por mes para los pagos que tengan más de 30 días de atraso.

El servicio de tejido de cordón umbilical que ofrece Cryo-Cell a las familias en espera de un bebe, proporciona la oportunidad de almacenar criogénicamente las células del tejido del cordón que se encuentran dentro del tejido prácticamente intacto de sus recién nacidos. Puede que sea necesario realizar un procesamiento de laboratorio adicional en caso de que las células del tejido del cordón umbilical sean consideradas para uso potencial en una aplicación terapéutica futura.

INFORMACIÓN DE PAGO

Tarjeta de Crédito/Debito: Debe ser completada para todas las opciones de pago

- a. **Facturar a tarjeta de crédito/debito:** Tras el procesamiento de su muestra, la tarjeta de crédito / débito proporcionada se cargará automáticamente para los honorarios iniciales de procesamiento y almacenamiento anual. La cuota anual de procesamiento se cargará durante el mes de nacimiento del bebé.
- b. Si el cliente cancela el Servicio(s) de Cryo-Cell antes del parto, el cliente debe notificar a Cryo-Cell y enviar por correo el kit de recolección dentro de las 2 semanas posteriores a la notificación para evitar una tarifa de cancelación no reembolsable de \$150 (USD). Esta tarifa se cargará automáticamente a la tarjeta proporcionada de 30 a 45 días después de la fecha probable de parto.
- c. Si la información de la tarjeta de crédito del cliente cambia después de la inscripción, es responsabilidad del cliente comunicarse con Cryo-Cell para actualizar su información para cargos futuros, tales como las cuotas anuales de almacenamiento, planes de pagos internos o cargos por cancelaciones.

Visa MasterCard American Express Discover Diners Club

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Domicilio: _____

Por favor llame a Cryo-Cell al 800-786-7235 opción 1, si necesita cambiar su tarjeta de crédito

Número de tarjeta: _____ Fecha de expiración: _____

Firma autorizada: _____

He leído y entiendo los términos y condiciones de este Contrato relacionados a los servicios de Cryo-Cell para la preservación de la sangre y tejido del cordón umbilical y deseo inscribirme en el servicio seleccionado en la página de servicios adquiridos. Estoy de acuerdo con los términos y condiciones relacionados con el plan de financiamiento interno, en caso de ser seleccionado en el momento de inscripción. Tengo que presentar el Contrato completado y todos los anexos para ser elegible para la Garantía de Pago Cryo-Cell. La Garantía del Pago de Cryo-Cell se aplica solamente si se requiere la unidad de sangre del cordón umbilical para un trasplante hematopoyético y falla en injertar, con sujeción a las exclusiones mencionadas. La Garantía del Pago de Cryo-Cell no se aplica al servicio del tejido del cordón. Todas mis preguntas acerca de los servicios y el pago han sido contestadas a mi entera satisfacción. Certifico que toda la información que he proporcionado a Cryo-Cell es correcta y verídica. Firmo este Contrato de manera libre y voluntaria.

_____	_____	_____	_____
Nombre Impreso: (Nombre)	(Apellido)	Nombre Impreso: (Nombre)	(Apellido)
_____	_____	_____	_____
Firma de la Madre/Relativo/Tutor Legal	Fecha	Firma del Padre/Co-Responsable/Tutor Legal	Fecha
_____ Traductor/ Intérprete – Nombre y Apellido: (Si Aplica)		_____ Fecha (Familiares no podrán servir de intérpretes o traductores)	

Garantía de pago de Cryo-Cell

Sujeto a los términos y condiciones a continuación, si la sangre de cordón umbilical criopreservada del bebé fue procesada con nuestro método de procesamiento Premium PrepaCyte-CB y falla en injertarse en un trasplante de células madre, Cryo-Cell le pagará al Cliente \$ 100,000 (USD); Si el método de procesamiento fue Standard HES y falla en el injerto, Cryo-Cell le pagará al Cliente \$ 75,000 (USD).

Términos y condiciones:

Sujeto a los requisitos establecidos a continuación, si la sangre del cordón umbilical del CLIENTE procesada y almacenada por Cryo-Cell, fuese usada para trasplantar células madre hematopoyéticas mediante prácticas médicas reconocidas y el injerto fallase, Cryo-Cell pagará al CLIENTE \$100,000 o \$75.000, dependiendo el método de procesamiento utilizado. El injerto del trasplante se refiere a los tres días consecutivos en los que el recuento total de neutrófilos (RTN) del receptor es igual o mayor a 500/ microlitros, donde la primera medición se realiza dentro de los 100 días siguientes a la realización del trasplante. Las células injertadas deben ser de origen del donante.

Requisitos de la Garantía de pago de Cryo-Cell:

- La sangre del cordón umbilical se debe extraer usando el kit de recolección de Cryo-Cell o mediante una técnica alternativa de extracción aprobada.
 - Cryo-Cell debe procesar y en todo momento preservar por métodos criogénicos la sangre del cordón umbilical.
 - **La Garantía de Pago de \$ 100,000** se aplica sólo a los especímenes procesados bajo el método de prepago PrepaCyte-CB.
 - **La Garantía de Pago de \$ 75,000** se aplica sólo a los especímenes procesados bajo el método de procesamiento estándar HES.
 - La sangre del cordón umbilical criopreservada debe ser usada en un trasplante de células madres para uso homólogo (reconstitución hematopoyética) por parte del donante o un pariente de primer grado de consanguinidad (el "familiar cercano"). La sangre del cordón umbilical debe ser administrada bajo la dirección de un médico de trasplante en un centro médico calificado por un Consejo Institucional de Revisión (IRB) para el trasplante de células madre.
 - La sangre del cordón umbilical criopreservada no deberá someterse a más de la manipulación mínima antes de ser administrada incluyendo, entre otras:
 - Técnicas de selección celular
 - Expansión celular ex vivo
 - Genoterapia
 - La sangre del cordón umbilical criopreservada no debe usarse en un trasplante
- sujeto a la aplicación de fármaco nuevo en investigación (IND) de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) o equivalente extranjero.
- La sangre del cordón umbilical criopreservada no deberá ser usada en procedimientos experimentales, entre otros, los mini-trasplantes. El receptor no deberá haber usado una droga en investigación dentro de los 100 días siguientes a la realización del trasplante.
 - La sangre del cordón umbilical criopreservada deberá contener como mínimo 2×10^7 de células nucleadas totales (TNC) por kilogramo de peso del receptor.
 - La sangre del cordón umbilical criopreservada deberá contener como mínimo 1×10^5 CD34+ células por kilogramo de peso del receptor.
 - El espécimen no puede ser considerado Subóptimo por Cryo-Cell.
 - La sangre del cordón umbilical criopreservada no deberá ser combinada con fuentes suplementarias de células madres para el trasplante, como la adición de sangre del cordón umbilical, sangre periférica o de la médula ósea.
 - Examen de antígenos de histocompatibilidad o tipificación de los antígenos leucocitarios humanos (HLA): Las células del donante deben tener una compatibilidad mínima igual a 4 de 6 con el receptor.
 - El procedimiento de descongelación de la sangre del cordón umbilical deberá ser un procedimiento válido usado por el centro médico de trasplantes y la sangre del cordón umbilical deberá ser administrada de inmediato al momento de la descongelación.

Documentación requerida:

- Declaración firmada por el médico especialista en trasplantes que certifique que ese injerto falló, además de los registros médicos correspondientes que documenten que el injerto falló.

La garantía de pago de Cryo-Cell no se encuentra disponible para:

- Clientes cuyos cargos por concepto de conservación en bancos de sangre del cordón umbilical son cubiertos por Medicare o Medicaid.
- Clientes inscritos en el Programa de Trasplante Designado (DTP) de Cryo-Cell.

Notificación de Seguros

Al aceptar el pago a través de la Garantía de Pago de Cryo-Cell, el beneficiario se compromete a notificar a cualquier pagador tercero quien pagó en parte o en su totalidad por la recolección, almacenamiento o trasplante, de la existencia de este la Garantía de Pago de Cryo-Cell, el monto pagado y todos los demás términos y condiciones. Antes del pago de la Garantía de Cryo-Cell, Cryo-Cell tiene que tener pruebas, por escrito, de que todos los terceros pagadores involucrados en el pago de recolección, almacenamiento o trasplante han sido notificados.

INFORMACIÓN ADICIONAL

- Esta Garantía de Cryo-Cell aplica a los Clientes que se hayan inscrito con contrato de Cryo-Cell, que cubre los servicios de la sangre del cordón umbilical, y cuyos pagos por los servicios de Cryo-Cell se encuentren al día. El Cliente debe tener en cuenta que el almacenamiento de la sangre del cordón umbilical de un recién nacido no garantiza que esa sangre sea compatible para un integrante de la familia, que un trasplante de células madre provenientes de la sangre del cordón umbilical sería la primera o la mejor vía de tratamiento para cualquier enfermedad en particular o que la propia sangre del cordón umbilical de un bebe sirve para cualquier enfermedad tratable mediante un trasplante de células madres. En última instancia el proveedor de servicios médicos es quien decide si el uso de la muestra de sangre del cordón umbilical de un bebe es lo indicado, de acuerdo a la naturaleza y a la progresión de la enfermedad y la compatibilidad HLA entre el donante y el receptor. Esta oferta es independiente y de ninguna manera disminuye el efecto de la limitación de responsabilidad de Cryo-Cell establecida en su contrato con el Cliente.
- Esta Garantía de Cryo-Cell está disponible exclusivamente para los Clientes que se inscriban sujetos al contrato de los nuevos servicios y al plan de pago correspondiente a partir del 15 de junio de 2017. El programa Cryo-Cell Cares no es retroactivo a las inscripciones que se hayan registrado antes del 15 de junio de 2017.
- Todo impuesto federal, estatal o local que corresponda a los pagos definidos en el presente será entera responsabilidad del Cliente.

Por favor notifique a Servicio al Cliente si está utilizando una subrogación o si se trata de una adopción para solicitar un paquete de inscripción de portadora de vientre. Si ha utilizado un esperma, óvulo o embrión de un donante, llame al servicio de atención al cliente para solicitar un formulario adicional de elegibilidad para donación de la FDA.

CONTINUACION DE MATERIALES EDUCATIVOS	¡Realizando una recolección segura!
POR FAVOR LEA ESTA INFORMACIÓN ANTES DE COMPLETAR EL CUESTIONARIO DE HISTORIA MÉDICA	
Si usted tiene alguna pregunta ahora o en cualquier momento durante el proceso de selección, por favor póngase en contacto con Cryo-Cell International al 800-786-7235 opción 1.	

¡LA EXACTITUD Y HONESTIDAD SON ESCENCIALES!	Es muy importante contar con su completa honestidad , cuando este respondiendo las preguntas.
TODA LA INFORMACION QUE PROPORCIONE ES CONFIDENCIAL.	

ELEGIBILIDAD DEL DONANTE – INFORMACIÓN ESPECÍFICA	
POR QUE HACEMOS PREGUNTAS SOBRE CONTACTO SEXUAL:	El contacto sexual puede causar enfermedades contagiosas como el VIH, que entran en el torrente sanguíneo y se propagan a través de transfusiones o trasplantes a otra persona.
DEFINICION DE “CONTACTO SEXUAL”	Las palabras "tener contacto sexual con" y "sexo" se utilizan en algunas de las preguntas que vamos a realizarle, y se aplican a cualquiera de las actividades siguientes, tanto si se utilizó o no un condón u otra protección: 1. Sexo vaginal (contacto entre pene y vagina) 2. Sexo oral (boca o la lengua en la vagina, el pene o el ano de alguien) 3. El sexo anal (contacto entre el pene y el ano)
VIH/SIDA COMPORTAMIENTOS DE RIESGO Y SÍNTOMAS	El SIDA es causado por el VIH, para el que no existe cura. Cuando una persona se infecta con el VIH, el virus ingresa al torrente sanguíneo y destruye ciertas células del sistema inmunológico, lo que resulta en la incapacidad de combatir diversas infecciones. Estas infecciones, no el VIH en sí, pueden causar la muerte. El VIH se transmite principalmente a través del contacto sexual con una persona infectada o al compartir agujas o jeringas que se usan para inyectarse drogas o esteroides. Los comportamientos que aumentan su riesgo de infectarse con el VIH incluyen: tener relaciones sexuales sin protección con alguien que ha sido infectado con el VIH; compartir agujas, hacerse un tatuaje, transfusiones de sangre o trasplantes de órganos.

INFORME A CRYO-CELL SI USTED:

- **Tiene SIDA o alguna vez ha tenido una prueba positiva del VIH**
- Ha utilizado agujas para inyectar los medicamentos, esteroides, o cualquier cosa que no haya recetado su médico en los últimos 5 años
- Es un hombre que ha tenido contacto sexual con otro hombre, aunque sea una sola vez, en los últimos 5 años
- Ha tomado dinero, drogas u otro pago por sexo en los últimos 5 años
- Ha tenido contacto sexual en los últimos 12 meses con alguien descrito anteriormente
- Ha tenido sífilis o gonorrea en los últimos 12 meses
- En los últimos 12 meses ha estado en detención de menores, encierro, la cárcel o prisión por más de 72 horas
- Tiene alguna de las siguientes condiciones que pueden ser signos o síntomas de VIH / SIDA:
 - Pérdida de peso inexplicable o sudores nocturnos
 - Manchas azules o moradas en la boca o la piel
 - Ganglios linfáticos inflamados por más de un mes
 - Manchas blancas o úlceras inusuales en su boca
 - Tos que no desaparece o falta de aliento
 - Diarrea que no desaparece
 - Fiebre de más de 100.5 °F por más de 10 días

Recuerde que puede transmitir el VIH a otra persona, aunque se sienta bien y tenga una prueba de VIH negativa. Esto se debe a que los exámenes no pueden detectar las infecciones por un período de tiempo después de que una persona está expuesta al VIH. **Si usted cree que puede estar en riesgo de contraer el VIH / SIDA por favor informe a Cryo-Cell International.**

LISTA DE MEDICAMENTOS		<input checked="" type="checkbox"/> Por favor, compruebe: <input type="checkbox"/> NO HE TOMADO ninguno de estos medicamentos. <input type="checkbox"/> HE Tomado/actualmente tomando un medicamento de la lista. Por favor liste en la pregunta 3.
Medicamentos	La razón por la que se han tomado	SI QUIERE SABER POR QUÉ ESTOS MEDICAMENTOS LE AFECTAN COMO DONANTE:
Hormona de crecimiento de glándulas pituitarias humanas	Utilizada generalmente para los niños con retraso o deterioro en el crecimiento.	La hormona se obtuvo de glándulas pituitarias humanas, que se encuentran en el cerebro. Algunas personas que tomaron esta hormona desarrollaron una enfermedad del sistema nervioso poco común llamada enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (CJD, por sus siglas). Los donantes potenciales que han tomado la hormona del crecimiento de las glándulas pituitarias humanas deben ser evaluados por el Director Médico.
Insulina de Vacas (Bovina, o Carne, Insulina)	Usada para tratar diabetes.	Es un material inyectado utilizado para tratar la diabetes. Si esta insulina se importó a los EE.UU. de los países en los que se ha encontrado "mal de las vacas locas", podría contener material de ganado infectado. Existe la preocupación de que el "mal de las vacas locas" se transmita por transfusiones y trasplantes. Los donantes potenciales que han tomado la insulina de las vacas deben ser evaluados por el Director Médico.
NOTE: Esto NO incluye la insulina producida sintéticamente como Lispro, Aspart, Apidra, Levemir. Si no está seguro, consulte a su médico o llame a Cryo-Cell.		
Globulina Inmune de Hepatitis B (HBIG)	Inyectada siguiendo una exposición a la hepatitis B.	La HBIG no previene la infección por hepatitis B en todos los casos, por lo que el Director Médico debe evaluar a los posibles donantes que hayan tomado Inmunoglobulina contra la hepatitis B para asegurarse de que no estén infectados. La hepatitis B se puede transmitir, a través de transfusiones y trasplantes, a un paciente.
NOTA: Es diferente de la vacuna contra la hepatitis B, que es una serie de 3 inyecciones administradas en un período de 6 meses para prevenir una futura infección por la exposición a la hepatitis B.		
Vacuna sin Licencia	Por lo general asociada con un protocolo de investigación.	El efecto con respecto a células madres es desconocido. Los donantes potenciales que han tomado las vacunas sin licencia deben ser evaluados por el Director Médico.
USTED NACIO EN, HA VIVIDO O VISITADO ALGUNOS PAISES		Pruebas de detección del donante pueden no estar disponibles para algunas enfermedades contagiosas que se encuentran sólo en ciertos países. Si usted nació en, ha vivido en o visitado algunos países, por favor informar al personal.

ANTECEDENTES

Antes del nacimiento, las células sanguíneas de un bebé se mueven a través de su cuerpo, cordón umbilical y placenta. Estas células sanguíneas transportan oxígeno y nutrición de la sangre de la madre al bebé. Después del nacimiento de un bebé, el cordón umbilical es sujetado y cortado, separando al bebé de la placenta, la cual se desprende y sale del útero varios minutos después y generalmente se desecha. Luego se limpia el cordón umbilical y se inserta una aguja en la vena umbilical para recoger la sangre del cordón umbilical. La placenta contiene aproximadamente entre un tercio (1/3) a mitad (1/2) de una taza de sangre de cordón umbilical. Esta sangre es rica en células madre sanguíneas, que en la actualidad están siendo estudiadas por su utilidad en el reemplazo de las células formadoras de sangre en personas con ciertas enfermedades. El cordón umbilical contiene un tipo diferente de células madre, llamadas células madre mesenquimales. Cryo-Cell proporciona el servicio de recolección, transporte, pruebas, procesamiento y almacenamiento criogénico tanto de la sangre del cordón umbilical como del tejido del cordón umbilical.

PASOS INICIALES

Debido a que usted se inscribió en nuestro servicio, le estamos suministrado los siguientes documentos; Material Educativo, Cuestionario de Historia Médica, y el Acuerdo de Cliente. Cryo-Cell está obligado a realizar las preguntas sobre el historial de salud y a responder a cualquier inquietud relacionada con nuestro servicio. Para completar el Cuestionario de Historia Médica, se le harán preguntas relacionadas con su historial clínico, historia genética, historia sexual y social. Puede que algunas de estas preguntas sean muy personales. También se le pedirá que proporcione información sobre el historial médico del padre biológico y su familia. Usted puede optar por no responder las preguntas, pero esto puede limitar la disponibilidad de sus células madre. El Acuerdo con el Cliente incluye el acuerdo completo entre usted y Cryo-Cell para la recolección, el transporte, la evaluación, el procesamiento y el almacenamiento criogénico. También contiene el consentimiento informado que requiere su firma. Si hay algo que está incompleto, nos pondremos en contacto con usted para asegurar que toda la documentación exigida este completa.

EN EL HOSPITAL

La sangre del cordón umbilical es recolectada después del parto de su bebé, ya sea mientras la placenta está todavía en su cuerpo o después de su expulsión. En su kit están las instrucciones que su Médico usará para recolectar la sangre del cordón umbilical. No hay ningún cambio en el proceso de parto.

Su médico puede cancelar la recolección de sangre del cordón umbilical en cualquier momento si cree que podría causarle un daño potencial a usted o a su bebé.

Sangre Materna (aproximadamente 20 ml) se tomará de su brazo para pruebas de enfermedades infecciosas. Esto puede causar dolor, moretones, infección o desmayo. Si las pruebas de enfermedades infecciosas que se realizan en su sangre son positivas, su médico o el personal del banco de sangre del cordón umbilical le informará de estos resultados. Esto puede hacer que usted tenga que hacer frente a problemas de salud que puedan o no ocurrir en el futuro. Además, si se requiere por ley federal, estatal o local, algunos resultados positivos serán reportados directamente a su departamento de salud estatal.

El personal del banco de sangre del cordón revisará los registros médicos del hospital de usted y su bebé. Ellos buscarán resultados

de las pruebas prenatales, incluyendo el VIH (el virus que causa el SIDA), sífilis, hepatitis y otra información médica que se refieren a la unidad de sangre del cordón umbilical de su bebé. Su médico también está obligado a completar el formulario del proveedor de atención médica que se incluyó en su kit. Es importante que este formulario éste completo y firmado.

Usted recibirá un formulario de Información del Cliente en su kit. El propósito de éste formulario es para actualizar cualquier cambio en su estado de salud desde el momento en que fue diligenciado el cuestionario de su historial de salud física y el momento del parto. Guárdelo con el kit para que pueda llenar el formulario en ese momento y enviarlo de vuelta con la sangre del cordón umbilical. Requerimos tener su estado de salud documentado dentro de las 48 horas después del parto.

El formulario de Información del cliente también incluye la opción de modificar el servicio elegido. Si decide actualizar, el representante de Cryo-Cell que le ayudará con los arreglos pertinentes a la recogida de su kit, revisará los cambios y le proporcionará los nuevos precios. También puede optar por quedarse con lo que originalmente se inscribió. Una vez Cryo-Cell procese su espécimen, no es posible modificar el servicio elegido. Los servicios actuales que ofrece Cryo-Cell son:

- Proceso de sangre de cordón Premium: Utiliza tecnología más reciente que reduce hasta un 99% de los glóbulos rojos.
- Proceso de sangre de cordón Standard: Utiliza tecnología estándar de la industria.
- Tejido del Cordón: El tejido del cordón se almacena en 2 viales o 6 viales. Los viales adicionales permiten más usos.

Una vez que su kit ha sido enviado a Cryo-Cell, la muestra se verifica contra el formulario de Información del cliente y el formulario del proveedor de atención médica. Nos pondremos en contacto con usted si algo está incompleto.

Cryo-Cell entonces procederá con analizar y procesar los tubos de sangre materna según el acuerdo. Si ha indicado en el formulario de información del cliente que desea modificar su servicio, el laboratorio confirmará con el representante de Cryo-Cell que hizo los arreglos pertinentes a la recogida de su kit para confirmar que proceda con la actualización. El laboratorio procesará, criopreservará y luego criogénicamente almacenará sus productos en una ubicación asignada. El laboratorio realiza pruebas de control de calidad. Si su producto no cumple con nuestras especificaciones, se le contactará para discutir sus opciones. Luego recibirá un certificado con la información de procesamiento.

CONSENTIMIENTO:

Entiendo que mi médico, la persona designada por el médico, la partera o comadrona realizarán la recolección de la sangre del cordón umbilical después del nacimiento de mi bebé, mientras que la expulsión de la placenta ocurre. El médico utilizará métodos proporcionados por Cryo-Cell International, Inc. en sus procedimientos estándares operacionales. Pueden surgir condiciones médicas que impidan la recolección de la sangre del cordón umbilical y serán decididas a discreción exclusiva del médico que atiende el parto.



HE LEÍDO LOS MATERIALES EDUCATIVOS ADJUNTOS Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

(POR FAVOR SEÑALE): SI NO

Si usted (el cliente) desea obtener más información sobre la elegibilidad del donante y las preguntas, consulte la Guía de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. Para la industria: Determinación de Elegibilidad para Donantes de Células Humanas, Tejidos y Productos Basados en Tejidos y Células (HCT) PD).

Países en el Reino Unido: **Refiérase a la pregunta 25 y 27 en la página 6, antes de completar lo siguiente**

PAIS	PERIODO DE TIEMPO EN EL PAIS desde 1980 al 1996		
	Período de tiempo:	Circule uno que aplique:	Fechas: Desde: Hasta:
Inglaterra		DÍAS / MESES / AÑOS	
Irlanda del Norte		DÍAS / MESES / AÑOS	
Escocia		DÍAS / MESES / AÑOS	
Gales		DÍAS / MESES / AÑOS	
Isla de Man		DÍAS / MESES / AÑOS	
Islas del Canal		DÍAS / MESES / AÑOS	
Gibraltar		DÍAS / MESES / AÑOS	
Islas Malvinas		DÍAS / MESES / AÑOS	

Países de Europa: **Refiérase a la pregunta 27 en la página 6, antes de completar lo siguiente**

Si el viaje total a estas áreas es de 5 años o más, DESDE 1980 al PRESENTE – Lista de viajes y fechas a los países mencionados.

Ejemplos de los documentos de viajes son:

Menos de 4 semanas anote por semanas < **1 MESES** en la columna de Partida:

Más de 4 semanas anote por meses: Llegada: Agosto 2014; Partida Noviembre 2014 (mm/aaaa)

Si es Residente, marque X al lado del país (**Anote cuánto tiempo ha sido residente**)

X Si es Residente	PAÍS	FECHAS DE VIAJES		X Si es Residente	PAÍS	FECHAS DE VIAJES	
		Llegada	Partida			Llegada	Partida
	Albania				Luxemburgo		
	Austria				Países Bajos		
	Bélgica				Noruega		
	Bulgaria				Polonia		
	Islas Canarias				Portugal		
	República Checa				Rumania		
	Dinamarca/Groenlandia				Arabia Saudita		
	Finlandia				República Eslovaca		
	Francia / Córcega				España		
	Alemania				Suecia		
	Grecia / Creta				Suiza		
	Hungría				Turquía		
	Irlanda				Reino Unido (ver lista, pregunta 25)		
	Italia				Yugoslavia (ahora Eslovenia, Macedonia, Croacia, Serbia, Montenegro, Kosovo y Bosnia y Herzegovina)		
	Liechtenstein						

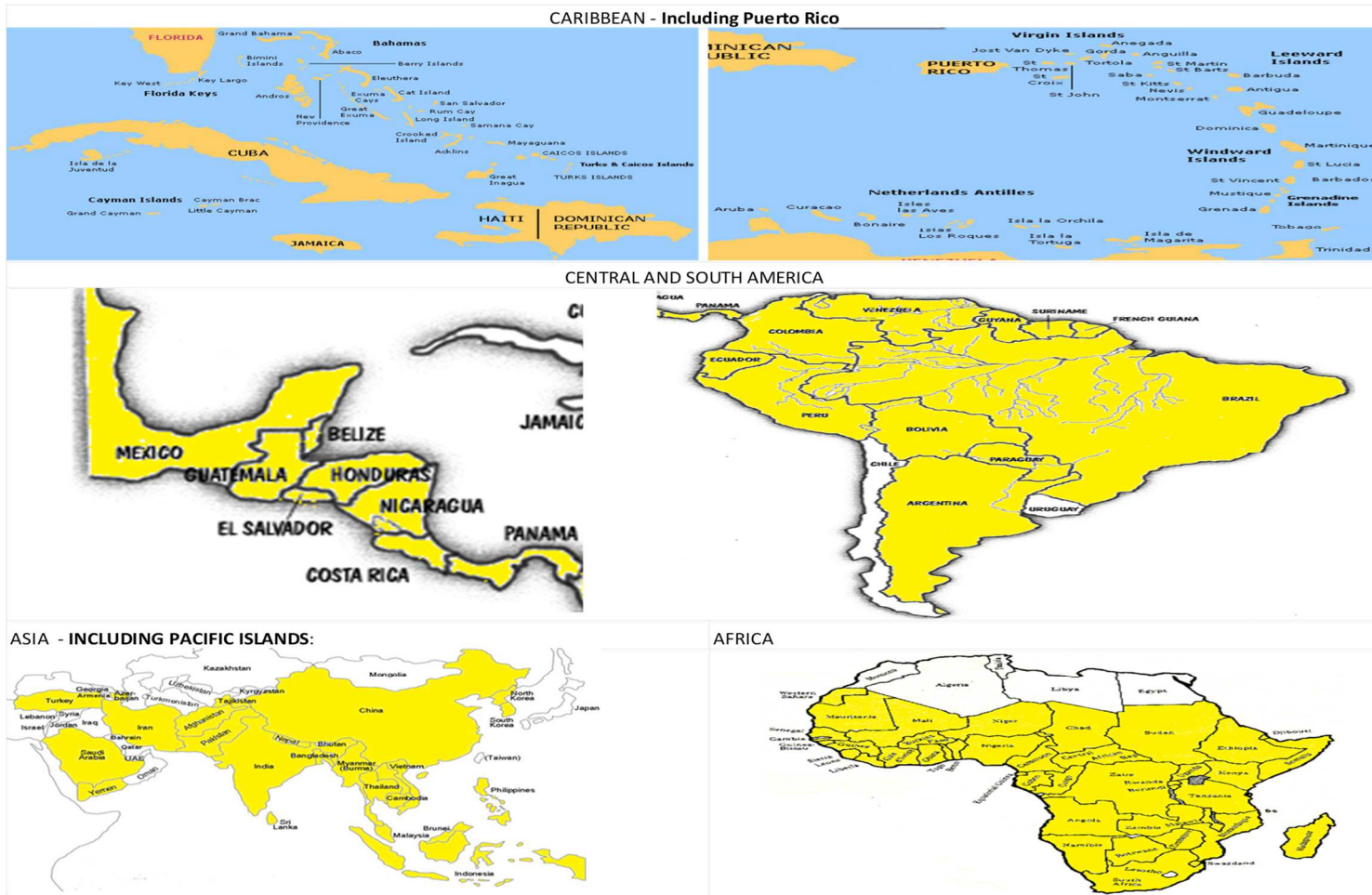
Si ha visitado un país más de una vez, utilice la sección de abajo para anotar que país y todas las fechas adicionales.

Múltiples visitas a:

Fechas visitadas:

Viví en un país europeo que no figura en la lista

Mapas de viajes: Refiérase a la pregunta 22



COMPROBAR SI NO HA VIAJADO A ESTAS AREAS EN LOS ULTIMOS 3 AÑOS

Usando los mapas como referencia, incluya cualquier país en los que viajó **en los últimos 3 años**. Incluya todas las ciudades y las fechas de su viaje (llegada / partida). Esto incluye residencia y viajes a Puerto Rico, México y el Caribe.

Si es Residente, marque X al lado del país (**Residente = vivir más de 3 años en el país**)

X Si es Residente	País	Ciudad	Fechas del viaje (MES / AÑO al mínimo):	
			Llegada	Partida

Por favor utilice bolígrafo y circule sus respuestas, debe proporcionar explicación para aquellas que requieran ser aclaradas. Si necesita ayuda para completar este cuestionario por favor llamar al 1-800-786-7235 opción 1. El cuestionario deber ser completado en su totalidad.

1.	¿Está actualmente tomando antibióticos ?	En caso afirmativo: nombre/Razón:	SÍ NO
2.	¿Está actualmente tomando algún medicamento para alguna infección ?	En caso afirmativo: nombre/Razón:	SI NO
3.	¿Está tomando o ha tomado algún medicamento de la Lista de Medicamentos adjunta (página 1) ? En caso de afirmativo :		SÍ NO
	Nombre de Medicamento	Fecha que comenzó	
4.	¿Ha leído los Materiales Educativos adjuntos (páginas 1-2)? Si no, por favor leer antes de continuar.		SÍ NO
5.	En las últimas 12 semanas ¿ha recibido una vacuna contra la gripe y/o influenza (Flu), TDAP y/o RhoGAM ?		SÍ NO
	En las últimas 12 semanas ¿ha tenido alguna otra vacuna o inyecciones? En caso afirmativo :		SÍ NO
	Nombre:	Fecha en que recibió la vacuna	
			Metodo (circule) Inyectada/ Nasal/ Oral
6.	¿En las últimas 12 semanas ha tenido contacto con alguien que haya sido vacunado contra la viruela ?		SÍ NO
7.	¿En los últimos 12 meses ha sido informada por un profesional de la salud que tiene la infección del virus del Nilo Occidental o de algún resultado positivo para el virus del Nilo Occidental?		SÍ NO
8.	¿En los últimos 12 meses ha tenido una transfusión de sangre? En caso afirmativo , ¿Fecha(s)?		SÍ NO
9.	¿En los últimos 12 meses ha estado en contacto con sangre de otra persona? En caso afirmativo , marque si la persona se conoce/ sospecha que tiene: <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> NO tiene lo mencionado		SÍ NO
10.	¿En los últimos 12 meses recibió usted un pinchazo accidental con alguna jeringa? En caso afirmativo , ¿Fue expuesta a sangre de otra persona a través de la jeringa? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo , marque si la persona se conoce/ sospecha que tiene: <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> NO tiene lo mencionado		SÍ NO
11.	¿En los últimos 12 meses ha tenido algún trasplante o injerto de alguien que no sea usted, tal como de órgano, médula ósea, células madre, córnea, esclerótica, hueso, piel u otros tejidos?		SÍ NO
12.	¿En los últimos 12 meses ha tenido contacto sexual con alguien que tiene el VIH / SIDA o que ha tenido un resultado positivo para el virus del VIH / SIDA? En caso afirmativo , ¿Cuándo?		SÍ NO
13.	¿En los últimos 12 meses ha tenido contacto sexual con una prostituta o cualquier otra persona que acepte dinero o drogas o cualquier otro pago por sexo? En caso afirmativo , ¿La actividad de alto riesgo de la otra persona fue dentro de los últimos 5 años ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		SÍ NO
14.	¿En los últimos 12 meses ha tenido contacto sexual con alguien que haya usado agujas para inyectarse drogas o esteroides, o cualquier cosa que no sea prescrita por su doctor ? En caso afirmativo , ¿La actividad de alto riesgo de la otra persona fue dentro de los últimos 5 años ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		SÍ NO
15.	¿En los últimos 12 meses ha tenido contacto sexual con un hombre que haya tenido relaciones sexuales con otro hombre? En caso afirmativo , ¿La actividad de alto riesgo de la otra persona fue dentro de los últimos 5 años ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		SÍ NO
16.	¿En los últimos 12 meses ha tenido contacto sexual con una persona que tenga hepatitis? En caso afirmativo , marque si: <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis Sintomática C <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis Asintomática C <input type="checkbox"/> NO-Viral <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO qué tipo de hepatitis		SÍ NO
17.	¿En los últimos 12 meses ha vivido con una persona que tiene hepatitis? En caso afirmativo , marque si: <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis Sintomático C <input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis Asintomático C <input type="checkbox"/> NO-Viral <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO qué tipo de hepatitis		SÍ NO
18.	¿En los últimos 12 meses se ha realizado un tatuaje (incluyendo tatuajes cosméticos)? En caso afirmativo , fecha: _____ ¿En qué estado de US se aplicó? _____ ¿Fue aplicado utilizando equipo/agujas estériles y de uso único. <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		SÍ NO

19.	¿En los últimos 12 meses se ha perforado las orejas o el cuerpo? En caso afirmativo , Fecha de perforación: _____ En caso afirmativo , ¿Fue la perforación realizada utilizando equipo esterilizado y de uso único? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SÍ NO
20.	¿En los últimos 12 meses tuvo o ha sido tratado por sífilis, u otras enfermedades o infecciones de transmisión sexual? En caso afirmativo , marque si: <input type="checkbox"/> Tratamiento Preventivo <input type="checkbox"/> Activa (brote actual o que recibe tratamiento para) el VPH, herpes genital, o gonorrea <input type="checkbox"/> Sífilis	SÍ NO
21.	¿En los últimos 12 meses ha estado en un centro correccional de menores, cárcel o prisión por más de 72 horas?	SÍ NO
22.	¿En los últimos 3 años ha estado fuera de los Estados Unidos o Canadá? En caso afirmativo , por favor complete la página 4.	SÍ NO
23.	¿En los últimos 5 años ha recibido dinero, drogas u otro pago por sexo?	SÍ NO
24.	¿En los últimos 5 años ha utilizado agujas para inyectarse medicamentos, esteroides, o algo no recetado por su médico?	SÍ NO
25.	¿De 1980 a 1996 pasó usted tiempo que se suma a tres (3) meses o más en el Reino Unido? En caso afirmativo , utilice los países en el Reino Unido en la página 3 para añadir el tiempo de estadía a <u>de cada uno</u> de los países que apliquen.	SÍ NO
26.	¿De 1980 a 1996 fue usted miembro del Ejército de los EE.UU., un empleado civil y militar, o dependiente de cualquier miembro de los militares de EE.UU. o empleado civil y militar? En Caso afirmativo: ¿ Pasó un tiempo total de 6 meses o más asociados con una base militar en cualquiera de los siguientes países? <input type="checkbox"/> ¿De 1980 a 1990 en Bélgica, Países Bajos o Alemania? <input type="checkbox"/> ¿De 1980 a 1996 en España, Portugal, Turquía, Italia o Grecia?	SÍ NO
	<input type="checkbox"/> NO pasó un tiempo total de 6 meses o más en las bases militares enumeradas	SÍ NO
27.	¿De 1980 al presente , usted pasó tiempo que se suma a cinco (5) AÑOS o más en Europa? En caso afirmativo , Por favor complete la página 3 para agregar el tiempo dedicado a todo lo que corresponda.	SÍ NO
28.	¿De 1980 al presente ha recibido una transfusión de sangre o sus componentes en el Reino Unido o en Francia?	SÍ NO
29.	¿Alguna VEZ ha obtenido un resultado positivo a una prueba del virus del VIH / SIDA? En caso afirmativo , por favor contactar a Cryo-Cell al (800)-786-7235 Opción 1	SÍ NO
30.	¿Alguna VEZ ha sido diagnosticada con hepatitis o ha obtenido algún resultado positivo para la hepatitis? En caso afirmativo , marque si fue: <input type="checkbox"/> ANTES de su cumpleaños número 11 <input type="checkbox"/> Hepatitis No-Viral (no causado por Hepatitis B o Hepatitis C)	SÍ NO
31.	¿Alguna VEZ ha sido diagnosticada con malaria? En caso afirmativo , ¿ha estado asintomática durante más de 3 años ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SÍ NO
32.	¿Alguna VEZ ha sido diagnosticada con la enfermedad de Chagas y / o ha obtenido una prueba positiva para T. cruzi? En caso afirmativo , ¿Cuándo? _____	SÍ NO
33.	¿Alguna VEZ ha sido diagnosticada con babesiosis? En caso afirmativo , ¿Cuándo? _____	SÍ NO
34.	¿Alguna VEZ ha recibió un injerto de duramadre (o cubierta cerebral)? En caso afirmativo , fue: <input type="checkbox"/> Derivado de origen humano <input type="checkbox"/> Fuente no humana <input type="checkbox"/> Desconocido	SÍ NO
35.	¿Alguna VEZ ha sido diagnosticada con alguna enfermedad neurológica? En caso afirmativo , marque si es diagnóstico para: <input type="checkbox"/> vCJD / CJD (Enfermedad de Creutzfeldt - Jakob) <input type="checkbox"/> Demencia, degenerativa o desmielinizante del sistema nervioso central <input type="checkbox"/> Origen Desconocido	SÍ NO
36.	¿Alguna VEZ ha recibido un trasplante u otro procedimiento médico que involucró quedar expuesto a células vivas, tejidos u órganos de un animal? En caso afirmativo , ¿Qué? _____	SÍ NO
37.	¿Alguna VEZ ha sido diagnosticada con HTLV, tuvo leucemia de células-T adultas, o tuvo paraparesia inexplicable (parálisis parcial que afecta a las extremidades inferiores)? En caso afirmativo , ¿Cuál y cuándo? _____	SÍ NO
38.	¿Alguna VEZ su pareja sexual o un miembro de su hogar han tenido un trasplante u otro procedimiento médico que involucró quedar expuesto a células vivas, tejidos u órganos de un animal?	SÍ NO
39.	¿Alguno de sus parientes, el padre del bebé o alguno de sus familiares ha tenido la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob? En caso afirmativo , marque si son: <input type="checkbox"/> Pariente consanguíneo Si son relacionados por sangre, ¿Fue la enfermedad resultado de un procedimiento quirúrgico o la inyección de hormona de crecimiento? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Relacionados a través del matrimonio	SÍ NO

40.	¿Alguna vez <u>usted</u> ha tenido cáncer, una enfermedad genética o hereditaria, o enfermedad autoinmune? En caso afirmativo , por favor indique:			SÍ NO		
	Tipo de Cáncer / Desorden/ Enfermedad	Cuando fue el Diagnostico (mes/año)	¿Actualmente libre de Cáncer/Enfermedad?			
41.	¿Alguna vez el padre, hermanos, abuelos o los hermanos del padre/madre (tío o tía del bebé) han tenido cáncer, una enfermedad genética o hereditaria, o enfermedad autoinmune? En caso afirmativo :				SÍ NO	
	Relación con el bebé	¿Del lado de la madre o del padre?	Tipo de Cáncer/Desorden/Enfermedad	Cuando fue el Diagnostico (mes/año)		¿Actualmente libre de Cáncer/Enfermedad?
42.	¿En algún momento durante el embarazo ha tenido un diagnóstico médico por una infección del virus Zika?				SÍ NO	
43.	¿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.				SÍ NO	
44.	¿En algún momento durante el embarazo ha tenido contacto sexual con una persona 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?				SÍ NO	
45.	En los últimos 28 días has: Cuidó, vivió o tuvo contacto cercano con personas diagnosticadas o sospechosas de tener una infección por COVID-19 -o-				SÍ NO	
	Ha sido diagnosticado o se sospecha que tiene una infección por COVID-19				SÍ NO	

 He completado el Cuestionario de historial médico de manera honesta y a mi leal saber y entender.

FIRMA

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

Nombre y Apellido Impreso

Firma de la Madre Biológica

Fecha

Traductor/Interprete - Nombre y apellido (si aplica)
(Miembros de la familia no podrán servir de intérpretes o traductores)

Fecha

Si usted (el cliente) desea obtener más información sobre la elegibilidad del donante y las preguntas, consulte la Guía de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. Para la industria: Determinación de Elegibilidad para Donantes de Células Humanas, Tejidos y Productos Basados en Tejidos y Células (HCT) PD).

Review Complete

PARA USO DE CRYO-CELL

Reviewed by: _____ Date: _____
(Initials)

Medical Director Review: _____ Date: _____
(if applicable)