

Información personal y cuestionario médico

INGRESE SU NOMBRE TAL COMO APARECE EN SU **TARJETA DE SALUD EMITIDA POR EL GOBIERNO PROVINCIAL**, O UN DOCUMENTO EQUIVALENTE.

ESCRIBIR CON TINTA

Nombre: _____ Segundo nombre o inicial: _____

Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____ DEBE TENER ENTRE 17 Y 35 (AAAA/MM/DD)

Sexo: Femenino Masculino

Idioma preferido de correspondencia:

- Inglés Francés Chino tradicional
 Chino simplificado Español Vietnamita Persa

Domicilio: _____ (Depto/Suite/Unidad) _____ (Calle) _____ (Ciudad) _____ (Provincia/Territorio) _____ (Código postal)

Teléfono del domicilio: (____) _____ Teléfono celular: (____) _____ Teléfono laboral: (____) _____ ext. _____

Correo electrónico: _____ Tener en cuenta: Al proporcionar esta dirección de correo electrónico, acepta ser contactado por esta vía.

Complete esta grilla sobre su origen étnico de la mejor manera posible (Seleccione solo un grupo étnico para usted y para cada miembro de la familia incluido).

	Primeras naciones	Inuit	Métis	Caucásico	Judío askenazí	Judío sefardí	Negro africano	Negro caribeño	Negro (otro)	Árabe	Hispano	Asiático del norte	Chino	Asiático del noreste	Centroasiático	Sudasiático	Filipino	Asiático del sudeste	Nativo de la Polinesia	Multi-étnico	Otro	Desconocido	
Usted																							
Madre																							
Abuela (materna)																							
Abuelo (materno)																							
Padre																							
Abuela (paterna)																							
Abuelo (paterno)																							

Proporcione un contacto alternativo (fuera de su hogar), con quien podamos comunicarnos si necesitamos contactarlo:

Nombre: _____ Apellido: _____ Relación con usted: _____

Teléfono: (____) _____ Correo electrónico: _____

Marque con una su respuesta para cada una de las siguientes preguntas.

	Sí	No	No estoy seguro
¿Cuenta con cobertura provincial de salud o algún otro plan equivalente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene entre 17 y 35 años? (Para residentes de Quebec, ¿tiene entre 18 y 35 años?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Cuenta con buena salud general?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indique su altura: _____ <input type="checkbox"/> pulgadas <input type="checkbox"/> cm Indique su peso: _____ <input type="checkbox"/> libras <input type="checkbox"/> kg.			
¿Ha donado sangre? En caso afirmativo , indique el año y la ciudad de su última donación. Año: _____ Ciudad: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ident. de donante de sangre: _____			
¿En algún momento Canadian Blood Services, Héma-Québec o un médico le han informado que NO podía donar sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo , ¿por qué?			
¿Ha donado células madre? En caso afirmativo , indique el año y la ciudad de su donación. Año: _____ País: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha resultado positivo de VIH/SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha consumido drogas o esteroides ilegales con jeringas , al menos una vez, durante los últimos cinco años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En los últimos cinco años, ¿ha utilizado una jeringa para consumir drogas, esteroides o cualquier otro producto que no le haya recetado un médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donantes masculinos: ¿Ha tenido relaciones sexuales con un hombre, al menos una vez, durante los últimos 12 meses? *Si es mujer, seleccione "No".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha padecido **ALGUNA VEZ** una de las siguientes enfermedades o afecciones?

	Sí	No	No estoy seguro
Cáncer (que no sea cáncer de piel de células basales y de células escamosas, ni cáncer cervical in situ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía, angina o accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha padecido alguna enfermedad o afección que requiriera un trasplante de órganos, trasplante de células madre o injerto de duramadre (membrana que cubre el cerebro)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía o cirugía del corazón (que no sea paro cardíaco ni angina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonar (que no sea asma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , ¿estuvo internado durante el último año o necesita tomar esteroides en pastillas, en forma regular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Diabetes insulino dependiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de fatiga crónica o fibromialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis reumatoide o espondilitis anquilosante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorden de trastorno bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , ¿tuvo convulsiones en los últimos dos años o necesita medicación en forma regular para prevenirlas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Mal de Chagas, babesiosis o Leishmaniasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA/HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de coagulación, que no sea la hemofilia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clínicamente activo/a Hepatitis, ictericia o un resultado positivo de hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Conoce si alguno de sus consanguíneos ha sido diagnosticado con la enfermedad de Creutzfeld-Jakob conocida comúnmente con el nombre "Enfermedad de la vaca loca"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Hay algún otro aspecto de su salud que le preocupe? En caso afirmativo , explique a continuación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nota: Esta información está sujeta a cambios. La decisión final de elegibilidad depende del personal de OneMatch. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con OneMatch al 1 888 2 DONATE (1-888-236-6283).

Aviso a los inscritos a OneMatch y consentimiento para participar

Nuestro compromiso

En la Sociedad Canadiense de la Sangre (Canadian Blood Services), nos comprometemos a proteger la privacidad y seguridad de toda la información personal que poseemos. Lo demostramos al respetar las leyes y las prácticas recomendadas correspondientes y le invitamos a leer nuestra política de privacidad en nuestro sitio web en www.blood.ca/privacy.

Objetivo

La Sociedad Canadiense de la Sangre administra la Red OneMatch de células madre y médula.

El objetivo de la Red OneMatch de células madre y médula es reclutar donantes voluntarios comprometidos y sanos para los pacientes que esperan trasplantes de células madre. Los resultados de las pruebas de compatibilidad de los inscritos se detallarán en el registro de la Red OneMatch de células madre y médula con el fin de encontrar posibles compatibilidades con los pacientes que necesitan trasplantes de células madre.

¿Qué es la información personal?

La información personal, que abarca a la información personal sobre la salud, es la información que puede emplearse para identificar al donante; por ejemplo, nombre, domicilio, dirección de correo electrónico, fecha de nacimiento, estado de salud y pruebas de compatibilidad.

Recopilación de su información personal

A fin de participar en OneMatch, recopilaremos su información personal sobre su hisopado bucal y las respuestas al cuestionario de salud. Esta información se volcará en una base de datos electrónica que forma parte de la Red OneMatch de células madre y médula de la Sociedad Canadiense de la Sangre ubicada en Ottawa, Ontario. Como su información personal se conservará en Ontario, es probable que esté sujeta a las leyes de privacidad de Ontario, como así también las leyes de privacidad de su propia provincia. Quizá también revisemos nuestros registros para determinar si alguna vez donó o intentó donar sangre o si es una mujer y dio a luz a un bebé, si alguna vez donó la sangre umbilical de su bebé mediante el banco público nacional de sangre umbilical de la Sociedad Canadiense de la Sangre. Su información personal nos permite determinar si reúne las condiciones necesarias para unirse a OneMatch y enviarle un kit de hisopado bucal para que pueda continuar con su inscripción.

Si se determina que no reúne las condiciones necesarias para participar en OneMatch o si no entrega el hisopado bucal, no utilizaremos su información personal para identificarlo como posible donante para un paciente que necesite un trasplante. Sin embargo, la información personal que hayamos obtenido permanecerá en la base de datos de OneMatch para que podamos llevar un registro de las personas que han intentado participar en OneMatch. La información que se haya registrado en la base de datos de OneMatch, pero que no lo identifique, puede utilizarse para administrar la Red OneMatch de células madre y médula o para fines estadísticos.

Recolección y prueba de hisopado bucal

Si determinamos que reúne las condiciones necesarias y desea continuar con su inscripción en OneMatch, se le solicitará entregar un hisopado bucal a la Sociedad Canadiense de la Sangre, que será utilizado para la prueba de compatibilidad. El hisopado bucal consiste en pasarse un hisopo especial por la parte interior de la mejilla, para tomar células que pueden evaluar la compatibilidad. Los resultados de la prueba de compatibilidad se introducirán en la base de datos de OneMatch. Debemos recopilar esta información personal a fin de identificarlo como posible donante de células madre para pacientes que necesitan un trasplante de células madre.

La Sociedad Canadiense de la Sangre puede conservar su hisopado bucal por tiempo indeterminado, para llevar a cabo otras pruebas de compatibilidad, cuando sea necesario realizar más pruebas. Es posible que sea necesario realizar otras pruebas de compatibilidad para determinar si usted es compatible con un paciente específico o si se identifica una nueva prueba de compatibilidad considerada importante en el proceso de determinación de compatibilidad y no se realizaron pruebas a su hisopado bucal para determinar esta nueva prueba de compatibilidad. Si en cualquier momento OneMatch determina que no califica para participar en OneMatch por cualquier motivo, su hisopado bucal será descartado.

¿Cómo empleamos su información personal?

Es posible que empleemos su información personal para:

- Evaluar su elegibilidad para donar y permanecer como participante en OneMatch;
- Proteger la seguridad de la sangre, hemoderivados y células madre en caso de que sus respuestas en el cuestionario de chequeo médico indiquen un riesgo potencial;
- Mejorar nuestros servicios y nuestra efectividad;
- Respalda nuestras actividades educativas y de capacitación;
- Cumplir con los requisitos legales y regulatorios;
- Cumplir con otros propósitos amparados por la ley;
- Informarle sobre los eventos para donantes y programas de la Sociedad Canadiense de la Sangre.
- Enviarle materiales como boletines electrónicos y revistas electrónicas acerca de la Sociedad Canadiense de la Sangre con la opción de dar de baja la suscripción si no desea recibirlos;
- Comunicarle sobre las actividades de colecta de fondos. Si desea retirar su nombre de la lista de contactos para la colecta de fondos, comuníquese con 1 888 2 DONATE (1-888-236-6283) y consulte por nuestra Entidad nacional para la colecta de fondos.

Es posible que se comparta su información personal con:

- Los registros internacionales y los centros de trasplante canadienses. Solo haremos referencia a usted mediante un número único de donante cuando revelemos información a los profesionales de la salud o los registros dedicados a los trasplantes;
- La Policía Real Montada de Canadá (RCMP) para que intenten localizarlo mediante búsquedas en distintas bases de datos en caso de que califique como posible donante para un paciente en particular y la Sociedad Canadiense de la Sangre no pueda encontrarlo. Si la RCMP no puede ubicarlo, OneMatch ya no empleará su información personal para identificarlo como posible donante para un paciente que necesite un trasplante de células madre y su hisopado bucal será descartado;
- Entidades regulatorias o de acreditación siempre y cuando accedan a mantener la confidencialidad; y
- Otras entidades, según lo requiera o autorice la ley.

Es importante que la Sociedad Canadiense de la Sangre se pueda comunicar con usted en caso de identificarlo como posible donante de células madre para un paciente en particular. Si cambia su información de contacto (es decir, su domicilio o número de teléfono), informe este cambio a la Sociedad Canadiense de la Sangre siguiendo nuestro procedimiento como se detalla en el enlace de **Cambio de domicilio** en nuestro sitio web www.blood.ca.

Más pruebas

Si se lo identifica como posible donante de células madre, se le solicitarán pruebas adicionales de laboratorio para determinar si es un donante compatible con un paciente específico. Esto puede incluir pruebas para determinar su grupo sanguíneo, así como para detectar hepatitis, sífilis, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el virus linfotrópico T humano (HTLV, por sus siglas en inglés), el virus del Nilo Occidental (WNV, por sus siglas en inglés) y otros factores, para garantizar que su donación sea lo más segura posible. En este caso, lo contactaremos para planificar la extracción de muestras de sangre para esta prueba adicional.

Retiro de OneMatch

Puede retirar su consentimiento para participar en OneMatch en cualquier momento comunicándose con la Sociedad Canadiense de la Sangre llamando al 1 888 2 DONATE (1-888-236-6283). Si se retira de la Red OneMatch de células madre y médula, toda su información personal recopilada hasta la fecha permanecerá en la Red, pero no se recopilará más información sobre usted ni se agregará más información a su registro. Si se retira de OneMatch, su información personal ya no será utilizada para determinar si es compatible con un paciente que necesite un trasplante y su hisopado bucal será descartado.

Cómo contactarnos

Puede comunicarse con nuestra Oficina de privacidad y acceso a la información para obtener más información sobre nuestras prácticas de acceso y privacidad, o para solicitar el acceso a sus datos o la corrección de estos de la siguiente manera:

Por escrito:	Por teléfono:	Por correo electrónico:	Sitio web:
Canadian Blood Services, Privacy and Access to Information Office 1800 Alta Vista Drive, Ottawa, ON K1G 4J5	1-613-739-2483 1-877-262-9191 (línea gratuita)	Oficina de privacidad: privacy@blood.ca Oficina de acceso a la información: ati@blood.ca	www.blood.ca

Si siente que la Sociedad Canadiense de la Sangre no abordó sus inquietudes, tiene el derecho a comunicarse con el Defensor o Comisionado de Privacidad de su provincia.

Consentimiento

He leído y comprendido la información proporcionada sobre donación de células madre, y doy mi consentimiento para participar en la Red OneMatch de células madre y médula de la Sociedad Canadiense de la Sangre, como posible donante de células madre. Doy mi consentimiento para la recopilación, el uso, la divulgación y el archivado de mi información personal, incluso de la información personal sobre mi salud para los fines descritos anteriormente. En caso de reunir las condiciones necesarias, acepto proporcionar un hisopado bucal a la Sociedad Canadiense de la Sangre para que lleven a cabo la prueba de compatibilidad.

Comprendo que al aceptar que se introduzca mi información personal en la Red OneMatch de células madre y médula **no** estoy dando mi consentimiento para realizar cualquier procedimiento médico. En caso de ser compatible con un paciente y aceptar continuar con la donación de células madre, firmaré un formulario de "voluntad de donar" después de una sesión informativa con el personal de OneMatch. Antes de proceder con la donación de células madre, comprendo que tendré que someterme a un examen médico completo, y que el equipo médico del centro de extracciones me informará sobre el consentimiento necesario para los procedimientos médicos, incluso la donación de células madre.

He respondido con sinceridad a todas las preguntas. Comprendo que una declaración falsa de mi parte es una cuestión seria y que podría perjudicar a otras personas.

Firma: _____ Fecha de hoy: _____ (AAAA/MM/DD)

FOR OFFICE USE ONLY	PLACE ONEMATCH LABEL HERE
Reviewed by/Date: _____ (Name/YYYY/MM/DD)	



1 888 2 DONATE

Uncontrolled copy when printed