

# Ficha de Evaluación del Donante

**Nombre:** Nombre Modificado  
**Edad:** 22  
**Sexo:** M  
**Estado civil:** S  
**Ocupación:** estudiante  
**¿Primera vez?:** Sí  
**Fecha última donación:** 2025-01-15  
**Motivo de donación:** altruismo

## Cuestionario Médico

Pregunta	Respuesta
¿Se encuentra bien de salud hoy?	si
¿Está tomando actualmente algún medicamento?	no
¿Cuál medicamento y para qué?	el 22 de marzo
¿Tiene alguna enfermedad crónica?	No
¿Ha tenido fiebre o infecciones en los últimos 15 días?	no
¿Ha recibido alguna vacuna recientemente?	no
¿Ha sido vacunado contra hepatitis B en el último año?	no
¿Ha tenido hepatitis, VIH/SIDA, sífilis u otra ITS?	no
¿Ha tenido contacto con personas con hepatitis o VIH?	no
¿Ha sido rechazado para donar sangre anteriormente?	no
¿Ha recibido transfusiones de sangre?	no
¿Se ha realizado tatuajes, perforaciones o acupuntura?	no
¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección?	no
¿Tiene múltiples parejas sexuales?	no
¿Está tomando algún medicamento actualmente?	no
¿Ha tenido contacto con sangre de otras personas?	no
¿Ha sido diagnosticado con malaria, chagas u otra enfermedad tropical?	no
¿Ha estado en zonas endémicas recientemente?	no
¿Ha sido sometido a cirugías recientes?	no
¿Tiene enfermedades cardíacas o respiratorias?	no
¿Ha consumido alcohol en las últimas 12 horas?	no
¿Ha fumado en las últimas 12 horas?	no
¿Está en ayunas desde hace más de 6 horas?	no
¿Ha dormido menos de 5 horas?	no
¿Padece de hipertensión o hipotensión?	no

¿Está tomando anticoagulantes?	no
¿Ha tenido convulsiones o desmayos?	no
¿Está en tratamiento psicológico?	no
¿Ha donado sangre en los últimos 3 meses?	si
¿Ha sido operado recientemente?	no

## Evaluación Física

**Inspección de brazos:** Sí

**Aspecto físico saludable:** Sí

**¿Ha comido?:** Sí

**Horas dormidas:** 8

## Resultado de Evaluación

**Resultado:** apto