

Cita solicitada

Fecha y hora de la cita: 03/10/2024 08:00 hrs

Folio de la cita: b4364fb456a945a0ac7e112d8dd8d963

Es indispensable llevar este formato impreso a la unidad de atención y presentar en original una identificación oficial vigente con fotografía, así mismo, recuerda que tu registro no garantiza que seas apto para Donar Sangre o Aféresis (plaquetas), hasta la valoración médica.

Donante de reposición

Nombre: VIANEY Primer apellido: BARRIENTOS Segundo apellido: REBOLLAR CURP/Folio: BARV020604MMNRBNA5

Edad: 22 AÑOS Procedimiento: DONACIÓN SANGUÍNEA Tipo de sangre: A positivo (A +)

Estado Civil: Soltero(a) Religión: Católica Escolaridad: Licenciatura

Domicilio

Código postal: 22850 Alcaldía: ENSENADA Colonia: Francisco Villa II

Calle: Emiliano Zapata Número exterior: Lt.1 Mz.8 Número interior: S/N

Contacto

Teléfono celular: 7861193446 Teléfono alterno: 7861193446 Correo electrónico: barrientosrebollarvianey@gmail.com

Puesto de Trabajo: No aplica Servicio médico: NINGUNA Número de seguridad social:

Establecimiento

Centro de colecta: HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR 8 ENSENADA Dirección: BOULEVARD REFORMA NO. 84, FRACCIONAMIENTO BAHÍA C.P 22880, ENSENADA, MUNICIPIO DE ENSENADA, ESTADO DE BAJA CALIFORNIA

Datos del paciente

Nombre: Mayra Lizeth Primer apellido: Manjarrez Segundo apellido: Valera

Servicio médico: Obstetricia Número de seguridad social: 2107908139

Unidad de atención del paciente

Estado: BAJA CALIFORNIA Unidad médica de atención: Hospital General de Zona con Medicina Familiar 8 Ensenada

Contacto del paciente

Teléfono celular: 6461798626 Teléfono alterno: 6462396659



Cita solicitada

Fecha y hora de la cita: 03/10/2024 08:00 hrs

Folio de la cita: b4364fb456a945a0ac7e112d8dd8d963

Es indispensable llevar este formato impreso a la unidad de atención y presentar en original una identificación oficial vigente con fotografía, así mismo, recuerda que tu registro no garantiza que seas apto para Donar Sangre o Aféresis (plaquetas), hasta la valoración médica.

Donante reposición

Nombre: VIANEY

Primer apellido: BARRIENTOS

Segundo apellido: REBOLLAR

CURP/Folio: BARV020604MMNRBNA5

Edad: 22 AÑOS

Procedimiento: DONACIÓN SANGUÍNEA

Tipo de sangre: A positivo (A +)

Esta sección se llena el día de tu cita

Signos Vitales

Peso: _____ kg

Estatura: _____ mts

Frecuencia cardiaca: _____ /min

Temperatura: _____ °C

T.A.: _____ /mmHg

Huellas de veno punción: ☐ Sí ☐ No

¿El donante puede continuar con el proceso?: ☐ Sí ☐ No

Nombre de enfermera o enfermero que tomó signos vitales:

Matrícula:

Trabajo Social

¿Recibió la plática? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la trabajadora social que impartió la plática:

Matrícula:

Nombre de la trabajadora social que revisa el cuestionario:

Matrícula:



RECOMENDACIONES PARA TU CITA

Presentarse aseado, llevar ropa cómoda y de manga corta.

Es necesario contar con disponibilidad de tiempo para el proceso de donación de

No se permite el paso a menores de edad ni acompañantes.

Evitar artículos voluminosos (bolsas, maletas, cascos).

Si donas para un familiar o amigo, debes presentarte 10 minutos antes de tu cita, pasado el horario de tu cita deberás agendar nueva fecha.

Si donas para un familiar o amigo, Indispensable presentar documento "Volante de envío" (FBS-11) proporcionado por Trabajo Social a tu paciente.



Formulario de preregistro

Fecha y hora de la cita: 03/10/2024 08:00 hrs

Folio de la cita: b4364fb456a945a0ac7e112d8dd8d963

Donante de reposición

Nombre: VIANEY **Primer apellido:** BARRIENTOS **Segundo apellido:** REBOLLAR **CURP/Folio:** BARV020604MMNRBNA5

Edad: 22 AÑOS **Procedimiento:** DONACIÓN SANGUÍNEA **Tipo de sangre:** A positivo (A +)

- 1** ¿Cuentas con identificación oficial con fotografía?

2 ¿Tienes 4 horas sin tomar alimento?

Para cumplir con el proceso de donación es indispensable llegar en ayuno mínimo de 4hrs y máximo de 8hrs el día de tu cita no hacerlo pondría en riesgo el proceso de donación.

3 ¿Cuántos años tienes?

4 ¿Pesas más de 50 kilos?

5 ¿Has tenido hepatitis?

¿Cuándo fue?

6 ¿Tienes alguna enfermedad?

7 ¿Tiene tatuajes, te has realizado algún retoque o microblanding.
(Procedimiento estético para tatuarse la ceja)?

¿Cuándo fue el último?

8 ¿En los últimos 12 meses tu dentista te ha hecho endodoncia?

SI

SI

☒ He leído y estoy de acuerdo con este punto

22

SI

SI

Después de los 10 años de edad

NO

SI

30/12/2023

NO

9 ¿Te han hecho perforaciones para aretes en alguna parte del cuerpo?
En caso de tener piercing en mucosas (labios, lengua, nariz, genitales) deberán retirarlos 72 hrs antes para llevar acabo la donación.

10 ¿En los últimos 6 meses te han operado?

11 En los últimos 14 días has tenido:
a. ¿Gripa, catarro, tos seca, tos con flemas o fiebre?
b. ¿Diarrea?
c. ¿Infecciones dentales?

12 En los últimos 5 días, ¿has tomado alguno de los siguientes medicamentos?
a. Aspirina e. Meloxicam
b. Naproxeno f. Ibuprofeno
c. Diclofenaco g. Antibióticos
d. Ketorolaco h. Levotiroxina

13 En caso de ser mujer, ¿tienes hijos menores de 6 meses?

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

NO

