



### 1- Información requerida del paciente (Receptor)

- a. Nombre del paciente : \_\_\_\_\_
- b. Número de identificación : \_\_\_\_\_
- c. Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_
- d. Dirección : \_\_\_\_\_
- e. Teléfono : \_\_\_\_\_
- f. Lugar de nacimiento : \_\_\_\_\_
- g. Diagnóstico : \_\_\_\_\_
- h. Órgano a trasplantar : \_\_\_\_\_
- i. Ha recibido transfusión sanguínea o plasmaféresis reciente? SI:\_\_\_ NO:\_\_\_
- j. En caso afirmativo, favor referir fecha de última transfusión: \_\_\_\_\_
- k. Ha recibido trasplantes anteriormente? SI:\_\_\_ NO:\_\_\_
- l. En caso afirmativo, favor referir cuales:  
\_\_\_\_\_
- m. Ha recibido Quimioterapia? SI:\_\_\_ NO:\_\_\_
- n. En caso afirmativo, favor referir fecha de última quimioterapia: \_\_\_\_\_

### 2- Información requerida del donante

- a. Nombre : \_\_\_\_\_
- b. Número de identificación : \_\_\_\_\_
- c. Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_
- d. Dirección : \_\_\_\_\_
- e. Teléfono : \_\_\_\_\_
- f. Lugar de nacimiento : \_\_\_\_\_
- g. Parentesco con el receptor \_\_\_\_\_

### 3- Médico tratante (incluir especialidad y teléfono) y/o Laboratorio Clínico solicitantes: \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_