

Cuestionario para el Cliente			
Motivo de almacenamiento del semen	<input type="checkbox"/> Quimioterapia/Radiación <input type="checkbox"/> Respaldo de ciclo <input type="checkbox"/> Terapia de reemplazo hormonal (TRH) <input type="checkbox"/> Terapia de testosterona u <input type="checkbox"/> Otra TRH <input type="checkbox"/> Servicio militar <input type="checkbox"/> Cirugía <input type="checkbox"/> Vasectomía <input type="checkbox"/> Otro, por favor explique:		
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?	Hepatitis B, C, otra. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO VIH/SIDA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es SÍ, proporcione detalles:	
En los últimos 30 días...	se ha hecho una prueba de VIH/SIDA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ha recibido una transfusión de sangre? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si la respuesta es SÍ, proporcione detalles:	
Indique los medicamentos y suplementos que está tomando actualmente (o escriba «ninguno»):			
Uso de las muestras almacenadas			
¿Usted está almacenando especímenes con la intención de usarlos con su pareja íntima de manera sexual? <u>Explicación:</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Pareja íntima de manera sexual: Su pareja íntima que llevará el feto y será madre del resultante bebe.</u> • <u>Pareja no sexualmente íntima:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Madre de alquiler: una amiga o conocida que servirá como donante de óvulos y llevará el feto resultante.</u> ○ <u>Madre Gestacional: una amiga o conocida que llevará el feto resultante de su muestra de semen y el ovulo de su pareja o un ovulo donado.</u> 	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> INSEGURO	Si la respuesta a la pregunta de la izquierda es no o inseguro, debe discutir con el Cryobank, ya que es posible que se requieran pruebas, formas y exámenes adicionales. Después de la discusión con el personal: <input type="checkbox"/> El cliente procederá en el programa Donante Dirigido – Donante Padres Intencionados. <input type="checkbox"/> El Cliente ha discutido con Cryobank y es consciente de que las muestras no califiquen para uso con una pareja no sexualmente íntima según las reglas del FDA en el futuro, pero ha optado por proceder como Cliente Depositante. Inicial del miembro del personal/Fecha: _____ Inicial del Cliente/Fecha: _____	
Si usted ha conversado sobre tratamiento de fertilidad con su médico, por favor indique su preferencia en cuanto al método de preparación.	<input type="checkbox"/> Inseminación intrauterina (IUI) <input type="checkbox"/> Inseminación intracervical (ICI) <input type="checkbox"/> Fertilización in vitro (FIV) <input type="checkbox"/> ICSI (Inyección intracitoplasmática de espermatozoides) <input type="checkbox"/> Otro (describa) _____ <input type="checkbox"/> No ha conversado con un especialista en tratamientos de fertilidad.		

Certifico que la información contenida en este cuestionario, según mi leal saber, es verdadera y completa.

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____