Fairfax Cryobank

Cuestionario para el Cliente

Motivo de almacenamiento del semen	☐ Quimioterapia/Radiación ☐ Respaldo de ciclo ☐ Terapia de reemplazo hormonal(TRH) ☐ Terapia de testosterona u ☐ Otra TRH ☐ Servicio militar ☐ Cirugía ☐ Vasectomía ☐ Otro, por favor explique:		
¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?	Hepatitis B, C, otra. ☐ SÍ ☐ NO VIH/SIDA ☐ Sí ☐ NO	Si la respuesta es SÍ, proporcione detalles:	
En los últimos 30 días…	se ha hecho una prueba de VIH/SIDA?	☐ SÍ ☐ NO	Si la respuesta es SÍ, proporcione detalles:
	ha recibido una transfusión de sangre?	☐ SÍ ☐ NO	
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?
 	
Explicación:
• *Pareja intima de manera sexual: Su pareja intima que llevará el feto y será madre del resultante bebe.*
• *Pareja no sexualmente intima:*
  ○ *Madre de alquiler: una amiga o conocida que servirá como donante de óvulos y llevará el feto resultante.*
  ○ *Madre Gestacional: una amiga o conocida que llevara el feto resultante de su muestra de semen y el ovulo de su pareja o un ovulo donado.*
	☐ SÍ
	☐ NO
	☐ 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:
		☐ El cliente procederá en el programa Donante Dirigido – Donante Padres Intencionados.
		
		☐ El Cliente ha discutido con Cryobank y es consciente de que las muestras no califiquen para uso con una pareja no sexualmente intima 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.	☐ Inseminación intrauterina (IUI) ☐ Inseminación intracervical (ICI) ☐ Fertilización in vitro (FIV) ☐ ICSI (Inyección intracitoplasmática de esperma) ☐ Otro (describa) _____ ☐ 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 _____

*Client Account #:*_____