

**ANEXO N° 03
 FORMATO DE INSCRIPCIÓN DE LA DONANTE**

DATOS DE LA DONANTE				
Nombre y apellidos:				
N° de Carnet CPN:		DNI:		N° Hist. Clínica:
Fecha de nacimiento:/...../.....		Natural de:		
Dirección actual:				
Provincia:		Distrito:		Referencia:
Telf.:		e-mail:		Ocupación:
Referencia de Ocupación:				
Recolección Domiciliaria			Recolección Intra-Hospitalaria	
HISTORIAL DE EMBARAZO				
Lugar de Control Pre-Natal:				
() Red Pública - Nombre de la Institución:				Telf.:
() Red Privada - Nombre de la Institución:				Telf.:
Peso en Gestación (kg):		Talla (cm):	Edad Gestacional:	Fecha de Parto:
Inicial Final		Semanas: Días:		
EXAMENES REALIZADOS				
<u>VDRL</u>	<u>Hepatitis B</u>	<u>HIV</u>	Hb (%)	
() Positivo	() Positivo	() Positivo	Ht (%)	
() Negativo	() Negativo	() Negativo	Otros exámenes:	
() Sin Información	() Sin Información	() Sin Información		
Transfusión en los últimos 5 años: SI () NO ()				
Irregularidad en la Gestación:				
HISTORIA ACTUAL				
Peso: _____ Talla: _____				
Usa medicamentos: Si() No()		Descripción:		
Hábitos Tóxicos: Si() No()		¿Cuál?		
Patologías al momento de la entrevista:				
Motivo por el que dona leche:				
¿Donante Apta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Responsable de la inscripción:				
Firma y sello:				

Fuente: Guía de Procedimientos de Banco de Leche Humana del Instituto Nacional Materno Perinatal.

