

Inscripción para sangre de cordón:

Cuestionario sobre antecedentes médicos familiares

Para uso del banco solamente

Place NMDP CBU ID
Bar Code Label Here

□□□□ - □□□□ - □

ID CBU NMDP

Place Local CBU ID
Bar Code Label Here

□□□□□□□□□□

ID CBU local

Place NMDP Maternal ID
Bar Code Label Here

□□□□ - □□□□ - □

ID materno NMDP

Place Local Maternal ID
Bar Code Label Here

□□□□□□□□□□

ID materno local

Por favor, lea las preguntas cuidadosamente y responda lo mejor que pueda.

□□ / □□ / □□□□

Fecha de hoy

□□

Iniciales de la madre del bebé

1. ¿Usted y/o el padre del bebé fueron adoptados de muy pequeños? Sí No
 - 1a. Si la respuesta es sí, ¿están disponibles los antecedentes médicos familiares suyos y/o del padre del bebé? Sí No
2. ¿Son parientes consanguíneos usted y el padre del bebé? (p. ej., primos hermanos) Sí No
3. ¿Se usó el óvulo de una donante o el espermatozoides de un donante para este embarazo? Sí No
 - 3a. Si la respuesta es sí, ¿están disponibles los antecedentes médicos familiares de la (del) donante del óvulo o espermatozoides? Sí No
4. ¿Ha obtenido algún resultado anormal de un análisis prenatal (p. ej., amniocentesis, análisis de sangre, ultrasonido)? Sí No

Si responde que sí, conteste a las siguientes preguntas. Si responde que no, pase a la pregunta 5.

 - 4a. ¿Qué análisis dio resultados anormales? _____
 - 4b. ¿Cuál fue el resultado del análisis anormal? _____
 - 4c. ¿Se hizo un diagnóstico? Sí No

Si responde que sí, especifique el diagnóstico: _____
5. ¿Tuvo algún hijo que haya muerto dentro de los primeros 10 años de vida? Sí No
 - 5a. Si responde que sí, ¿cuál fue la causa? _____
6. ¿Alguna vez dio a luz un recién nacido muerto? Sí No
 - 6a. Si responde que sí, ¿cuál fue la causa? _____

Desde este punto del cuestionario en adelante, por favor describa la relación que existe entre el bebé y el miembro de la familia inmediata que tuvo la enfermedad. Utilice los siguientes códigos:

- MB** Madre del bebé
- PB** Padre del bebé
- HB** Hermana/o del bebé (incluye medio hermanos)
- AB** Abuela o abuelo del bebé
- HMB** Hermana/o de la madre del bebé*
- HPB** Hermana/o del padre del bebé*

*(Los hermanos de los padres (HMB y HPB) son las tías y los tíos consanguíneos del bebé y no incluyen los tíos y tías que son cuñados de los padres.)

7. ¿Cáncer o leucemia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	MB	PB	HB
Si responde que sí, especifique todos los que correspondan en 7a-7j.					
Si responde que no, pase a la pregunta 8.					
7a. Cáncer de cerebro o u otro cáncer del sistema nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7b. Cáncer de los huesos o las articulaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7c. Cáncer de riñón (incluso cáncer de la pelvis renal).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7d. Cáncer de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7e. Linfoma de Hodgkin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7f. Linfoma no Hodgkin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7g. Leucemia mielógena/mieloide aguda o crónica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7h. Leucemia linfocítica/linfoblástica aguda o crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7i. Cáncer de piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7j. Otro cáncer/leucemia:					
Especifique qué tipo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especifique qué tipo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Responda a las preguntas 8 a 12 sobre trastornos o enfermedades de la sangre. Si responde que sí, por favor especifique según corresponda.

8. ¿Enfermedad de los glóbulos rojos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	MB	PB	HB	AB	HMB	HPB
8a. Síndrome de Diamond-Blackfan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b. Eliptocitosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8c. G6PD o deficiencia de otra enzima de los glóbulos rojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8d. Esferocitosis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. ¿Enfermedad de los glóbulos blancos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	MB	PB	HB	AB	HMB	HPB
9a. Enfermedad granulomatosa crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9b. Síndrome de Kostmann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9c. Síndrome de Schwachman-Diamond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9d. Deficiencia de adhesión leucocitaria (LAD).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. ¿Deficiencias inmunitarias?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	MB	PB	HB	AB	HMB	HPB
10a. Deficiencia de ADA o PNP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10b. Síndrome de inmunodeficiencia combinada (CID), enfermedad de inmunodeficiencia común variable (CVID)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deficiencias inmunitarias (continuación)	MB	PB	HB	AB	HMB	HPB
10c. Síndrome de DiGeorge	<input type="checkbox"/>					
10d. Linfocitosis histiocítica hemofagocítica hereditaria (HLH), incluyendo FEL. . .	<input type="checkbox"/>					
10e. Hipoglobulinemia	<input type="checkbox"/>					
10f. Síndrome de Nezeloff	<input type="checkbox"/>					
10g. Inmunodeficiencia combinada grave (SCID)	<input type="checkbox"/>					
10h. Síndrome de Wiskott-Aldrich	<input type="checkbox"/>					
11. ¿Enfermedad de las plaquetas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	MB	PB	HB	AB	HMB	HPB
11a. Trombocitopenia amegacariocítica	<input type="checkbox"/>					
11b. Trombastenia de Glanzmann	<input type="checkbox"/>					
11c. Trombocitopenia hereditaria	<input type="checkbox"/>					
11d. Enfermedad por defecto del almacenamiento intraplaquetario	<input type="checkbox"/>					
11e. Trombocitopenia con aplasia radial (TAR)	<input type="checkbox"/>					
11f. Ataxia-telangiectasia	<input type="checkbox"/>					
11g. Anemia de Fanconi	<input type="checkbox"/>					
12. ¿Otra enfermedad o trastorno de la sangre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique qué tipo: _____	<input type="checkbox"/>					
Problemas con la hemoglobina	MB	PB	HB	AB	HMB	HPB
13. ¿Alguna enfermedad drepanocítica, como la anemia de células falciformes o talasemia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>					
14. ¿Talasemia, como alfa talasemia o beta talasemia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>					
15. ¿Enfermedad metabólica/por depósito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	MB	PB	HB	AB	HMB	HPB
Si responde que sí a la pregunta 15, especifique todas las que correspondan en las preguntas 15a – 15q. Si responde que no, pase a la pregunta 16.						
15a. Síndrome de Hurler (MPS I)	<input type="checkbox"/>					
15b. Síndrome de Hurler-Scheie (MPS I H-S)	<input type="checkbox"/>					
15c. Síndrome de Hunter (MPS II)	<input type="checkbox"/>					
15d. Síndrome de Sanfilippo (MPS III)	<input type="checkbox"/>					
15e. Síndrome de Morquio (MPS IV)	<input type="checkbox"/>					
15f. Síndrome de Maroteaux-Lamy (MPS VI)	<input type="checkbox"/>					
15g. Síndrome de Sly (MPS VII)	<input type="checkbox"/>					
15h. Enfermedad de las células "I" (mucopolisacárido II)	<input type="checkbox"/>					
15i. Leucodistrofia globoide (enfermedad de Krabbe)	<input type="checkbox"/>					
15j. Leucodistrofia metacromática (MLD)	<input type="checkbox"/>					
15k. Adrenoleucodistrofia (ALD)	<input type="checkbox"/>					

Enfermedades metabólicas/por depósito (continuación)	MB	PB	HB	AB	HMB	HPB
15l. Enfermedad de Sandhoff.	<input type="checkbox"/>					
15m. Enfermedad de Tay-Sachs.	<input type="checkbox"/>					
15n. Enfermedad de Gaucher	<input type="checkbox"/>					
15o. Enfermedad de Niemann-Pick	<input type="checkbox"/>					
15p. Porfiria	<input type="checkbox"/>					
15q. Otra enfermedad metabólica/por depósito o enfermedad metabólica/por depósito desconocida	<input type="checkbox"/>					
Especifique qué tipo: _____						
Trastornos del sistema inmunitario adquiridos	MB	PB	HB			
16. ¿VIH/SIDA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17. ¿Trastorno autoinmunitario grave?. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Si responde que sí , especifique todos los que correspondan en las preguntas 17a-17d. Si responde que no , pase a la pregunta 18.						
17a. Enfermedad de Crohn o colitis ulcerativa	<input type="checkbox"/>					
17b. Lupus	<input type="checkbox"/>					
17c. Esclerosis múltiple (MS).	<input type="checkbox"/>					
17d. Artritis reumatoidea	<input type="checkbox"/>					
18. Otro trastorno del sistema inmunitario o trastorno desconocido del sistema inmunitario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Especifique qué tipo: _____						
Responda a las preguntas 19 a 25	BM	BF	BS	BGP	BMS	BFS
19. ¿Requirió transfusiones crónicas de sangre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>					
20. ¿Le han dicho que usted o un familiar tiene anemia hemolítica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>					
21. ¿Le han extraído el bazo para tratar un trastorno sanguíneo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>					
22. ¿Le han extraído la vesícula biliar antes de los 30 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>					
23. ¿Tuvo la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (CJD)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>					
24. ¿Otras enfermedades serias o potencialmente mortales que afecten a la familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Si responde que sí , haga una lista del/de los miembro(s) de la familia afectado(s) e indique el tipo de enfermedad.						
Especifique qué tipo: _____	<input type="checkbox"/>					
Especifique qué tipo: _____	<input type="checkbox"/>					
Especifique qué tipo: _____	<input type="checkbox"/>					
25. Al responder a estas preguntas, ¿respondió por su familia y por la familia del padre del bebé? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						