
	REGISTRO DE DONANTE BANC DE TEIXITS NEUROLÒGICS Biobanc-Hospital Clínic-IDIBAPS	
---	---	---

IMP 102-b REV B (01/10/2016)

1. Datos generales donante		
Nombre	1r apellido	2º apellido
Género	Fecha nacimiento (dd/mm/aaaa)	DNI
Lugar nacimiento	Dirección domicilio (calle, número, piso)	
Población	Provincia	Código postal
Teléfono/s	E-mail	
¿Es diestro/a, zurdo/a o ambidiestro/a?		Estado civil
Nº total de años durante los cuales ha recibido algún tipo de educación (escuela, universidad, etc)		
Máximo nivel educativo alcanzado		
Profesión (si más de una, poner la de más responsabilidad)		
2. Datos médicos de su médico de cabecera		
Nombre	1r apellido	2º apellido
Centro	Teléfono	
3. Datos del familiar más cercano / persona de contacto		
Nombre	1r apellido	2º apellido
Vínculo familiar	Dirección (calle, núm, piso)	
Población	Código postal	Provincia
Teléfono/s	E-mail	
4. Datos antropométricos y hábitos		
Peso (en Kg)	Estatura (en cm; ejemplo: 1 metro 70 centímetros = 170)	
Actividad física <ul style="list-style-type: none"> - Actividad intensa (al menos 10 minutos/día: correr, bicicleta ritmo intenso, fútbol...)* - Actividad moderada (al menos 10 minutos/día: bicicleta moderado, limpieza doméstica...)* - Actividad leve (al menos 10 minutos/día: caminar)* <p>* Si rellena el formulario a mano, escriba con qué frecuencia realiza cada actividad: <i>cada día / cada 2-3 días / 1 vez por semana / menos de una vez por semana / nunca</i></p>		
Consumo de tabaco	Consumo de alcohol	
Cantidad	Cantidad	
5. Antecedentes patológicos (principales problemas de salud)		
¿Es usted completamente autónomo/a para las actividades de la vida diaria? Si ha respondido "No", describa brevemente para qué tipo de actividades necesita ayuda:		
¿Tiene usted problemas de memoria?		
		En caso afirmativo describir brevemente:
¿Alguna vez le han diagnosticado algún problema de tipo neurológico (alteración de memoria o lenguaje, temblor, alteraciones de movilidad, etc)?		
		En caso afirmativo describir brevemente:



REGISTRO DE DONANTE

BANC DE TEIXITS NEUROLÒGICS

Biobanc-Hospital Clínic-IDIBAPS



IMP 102-b REV B (01/10/2016)

¿Alguna vez le han diagnosticado o ha sufrido alguno de los siguientes problemas médicos? (en caso de rellenar el formulario a mano, escriba "sí" o "no")	(apretar para rellenar todos automáticamente)	¿A qué edad le diagnosticaron?
Hipertensión arterial (presión de la sangre alta)		
Diabetes (azúcar en sangre alto)		
Colesterol alto		
Angina de pecho/infarto corazón		
Cardiopatía isquémica		
Vasculopatía periférica (trombosis arterias en brazos/piernas)		
Enfermedad pulmonar crónica		
Insuficiencia hepática (enfermedad grave hígado)		
Insuficiencia renal (enfermedad grave riñón)		
Úlcera de estómago		
Traumatismo craneoencefálico con pérdida de conocimiento		
Enfermedad vascular cerebral (embolia, ictus, derrame...)		
Infección por virus hepatitis B		
Infección por virus hepatitis C		
Infección por virus VIH		
Paro cardiorrespiratorio		
Cáncer	Especificar tipo y edad diagnóstico:	
Enfermedades psiquiátricas	Especificar tipo y edad diagnóstico:	
Enfermedades autoinmunes	Especificar tipo y edad diagnóstico:	
Transplante de órganos / transfusiones	Especificar tipo y edad:	
Intervenciones quirúrgicas	Especificar tipo y edad:	
Otros problemas de salud:		

6. Medicación (escribir medicación que toma de forma habitual)

--

Fecha en la que se rellena el formulario

FINAL DEL FORMULARIO
MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN
 POR FAVOR, SIGA LAS INSTRUCCIONES DE LAS PÁGINAS SIGUIENTES PARA ENVIAR EL FORMULARIO POR CORREO ELECTRÓNICO O CORREO POSTAL
 Si tiene cualquier duda puede llamarnos al **93 451 76 64** o escribirnos a biobanc.btn@idibaps.org



REGISTRO DE DONANTE

BANC DE TEIXITS NEUROLÒGICS

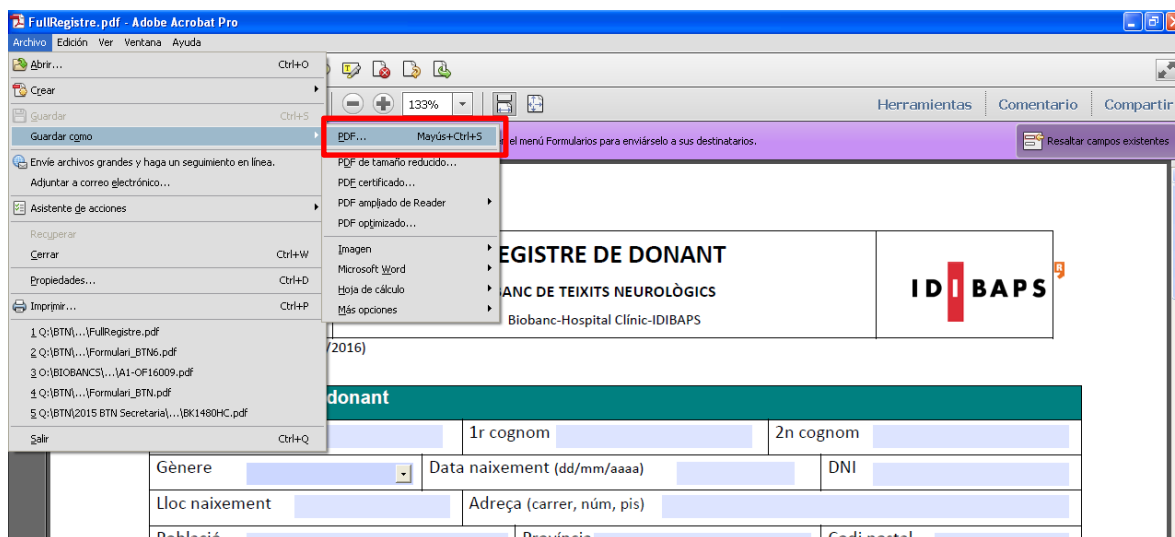
Biobanc-Hospital Clínic-IDIBAPS



IMP 102-b REV B (01/10/2016)

INSTRUCCIONES PARA EL ENVÍO DEL FORMULARIO POR CORREO ELECTRÓNICO

1. Guardar formulario en ordenador (Archivo > Guardar como > PDF)



2. Enviar formulario adjunto por correo electrónico a biobanc.btn@idibaps.org

INSTRUCCIONES PARA ENVIAR EL FORMULARIO POR CORREO POSTAL

Enviar el formulario por correo postal a la siguiente dirección:

Banc de Teixits Neurològics
Biobanc-Hospital Clínic-IDIBAPS
Facultat de Medicina
c/ Casanova 143, ala sud, planta 0
08036 Barcelona

Si lo prefiere, puede entregarnos el formulario personalmente en esta misma dirección (horario lunes-viernes 09:00 a 18:00, se recomienda llamar antes por teléfono para concertar la cita)