

BANCO DE TEJIDOS NEUROLÓGICOS

REGISTRO DE DONANTE (La información recibida será tratada de forma confidencial)

¿Padece enfermedad neurológica? SI / NO (marque lo que corresponda)

Si responde SI, indique el **DIAGNÓSTICO:**

..... Año en que se diagnosticó:

Nombre y Apellidos del DONANTE

Dirección:Nº Piso.....

Población.....CP Provincia

Teléfonos DNI del donante.....

Fecha de nacimiento...../...../.....Lugar de nacimiento.....

Enfermedades u operaciones previas.....

Nº de hermanos gemelos: SI / NO (marque lo que corresponda)

Alguna enfermedad neurológica en la familia: SI / NO (marque lo que corresponda)

en caso afirmativo, indique el diagnóstico (si lo conoce).....

Profesión.....Lugar de trabajo actual.....

Trabajos anteriores.....

Nombre de su MÉDICO especialista/de cabecera.....

Hospital/consulta:.....Dirección:.....

.....Población:.....CP:.....Teléfonos.....

Nombre y Apellidos de su FAMILIAR MAS PRÓXIMO.....

Dirección:No.....piso.....

Población.....CP.....Provincia

Teléfonos.....Vínculo familiar:.....

Se encuentra el donante hospitalizado? SI / NO (marque lo que corresponda)

Si responde SI, indique el nombre del Hospital

Dirección.....CP Población

ProvinciaTeléfonos.....

Médico responsable.....

Ha contactado con el Banco de Tejidos Neurológicos a través de: médico de cabecera /

especialista/Asociaciones de Familiares/Otros.....

Nombre de la persona que ha completado el cuestionario:

Relación con el donante: **Firma:**

Fecha/...../.....

--

No Completar: Nº .de registro..... Ordenador : Si / No Tarjeta enviada: Si / No