

# Solicitud para ser Donadora de Óvulos

Fecha: .....

## DATOS GENERALES

Nombre completo: .....

Edad: ..... Fecha de nacimiento: ..... Ocupación: .....

Dirección:.....

.....

Estado civil: ..... Teléfono: .....

Correo electrónico: .....

ID No.: .....

## PERFIL DE DONANTE

Lugar de Nacimiento: .....

Raza: .....

Religión: .....

Grupo sanguíneo: .....

Estatura: .....

Peso: .....

Color de Piel: .....

Forma de cara: .....

Tipo de cabello: .....

Tipo de ojos: .....

Tipo de boca: .....

Pecas:.....

Complexión: .....

Tipo de cejas: .....

Color de cabello: .....

Color de ojos: .....

Tipo de nariz: .....

Acné:.....

# Solicitud para ser Donadora de Óvulos

## EDUCACIÓN

Nivel de educación: .....  
 Título obtenido: .....  
 Posgrado: .....  
 Otro idioma: .....

## TRABAJO

Seleccione todas las que apliquen:

- Trabajo tiempo completo
- Trabajo medio tiempo
- Estudio tiempo completo
- Estudio medio tiempo
- No trabajo
- No estudio

## PERSONALIDAD

¿Le gusta leer? ..... ¿Qué tipo de libros le gustan? .....  
 ¿Le gusta ver películas? ..... ¿Qué tipo de películas le gustan?.....  
 ¿Qué tipo de música le gusta?.....  
 ¿Cuál es su color favorito? .....  
 ¿Le gusta viajar?..... ¿Le gusta bailar?..... ¿Le gusta cantar? .....  
 ¿Ha viajado fuera de México?.....¿A dónde y cuándo?.....  
 Orientación sexual: .....  
 Describe tu personalidad: .....  
 .....

## HABILIDADES

¿Practica alguna actividad física?..... ¿Cuál es?.....  
 ¿Con que frecuencia la práctica?                      Frecuentemente                      Ocasionalmente  
 ¿Tiene alguna habilidad artística? ..... ¿Cuál es? .....

## HISTORIAL MÉDICO

- ¿Padece de alguna enfermedad? .....¿Cuál?.....
- ¿Tiene alguna alergia?..... ¿Cuál?.....
- ¿Actualmente toma medicamentos?..... ¿Cuál?.....
- ¿Tiene alguna cirugía?..... ¿Cuál?.....
- ¿Ha buscado ayuda psicológica?..... ¿Y algún familiar?.....
- ¿Ha padecido depresión?..... ¿Y algún familiar?.....
- ¿Ha recibido alguna transfusión de sangre?.....¿Cuándo?.....
- ¿Tiene algún tatuaje o piercing?.....¿Cuándo fue el último?.....
- ¿Ha donado sangre?.....
- ¿Le han rechazado por donar sangre?..... ¿Por qué?.....
- ¿Ha fumado alguna vez?.....
- ¿Actualmente fuma?.....¿Cuántos cigarros al día?.....
- ¿Consume alcohol?.....¿Con que frecuencia?.....
- ¿Ha consumido drogas al menos una vez?.....¿Cuál?.....
- ¿Ha consumido drogas regularmente?..... ¿Cuándo y cuál?.....
- ¿Utiliza lentes?..... ¿A qué edad comenzó a utilizarlos?.....
- ¿Ha utilizado aparatos dentales?.....¿Cuál?.....
- ¿Tiene algún problema de lenguaje y /o pronunciación?..... ¿Cuál?.....
- ¿Tiene algún problema de audición?.....¿Cuál?.....

## HISTORIA REPRODUCTIVA

- Edad de su primera menstruación: .....
- ¿Su ciclo es regular o irregular? .....
- ¿Cuántos días pasan entre un período y el otro? .....
- ¿Ha tenido relaciones sexuales?..... ¿A qué edad inicio?.....
- ¿Esta sexualmente activa?.....
- ¿Utiliza algún método anticonceptivo?.....
- ¿Cuál y hace cuánto tiempo? .....
- ¿Ha estado embarazada? ..... ¿Cuántas veces?.....
- ¿Tuvo complicaciones durante el embarazo?.....
- ¿Cuál?.....
- ¿Ha tenido abortos?..... ¿Cuántas veces? .....
- ¿Tiene antecedentes de infertilidad?.....¿Y algún familiar?.....
- ¿Actualmente cuántos compañeros sexuales tiene?.....
- ¿Ha tenido relaciones sexuales con una persona que padezca o tenga sospecha de alguna enfermedad de transmisión sexual?.....
- ¿Ha tenido más de 10 compañeros sexuales?.....
- ¿Alguna vez ha donado óvulos?..... ¿Cuántas veces?.....
- ¿Alguna vez la rechazaron como donadora de óvulos?..... ¿Por qué?.....

## Solicitud para ser Donadora de Óvulos

### HISTORIA FAMILIAR

	Edad	Estatura	Peso	Color de cabello	Color de ojos	Ocupación	Lugar de nacimiento	Edad y causa de muerte
Madre								
Padre								
Abuela Materna								
Abuelo Materno								
Abuela Paterna								
Abuelo Paterno								
Hermano (a)								
Hermano (a)								
Hijo (a)								
Hijo (a)								

(Si tiene hermanos o hijos adicionales favor de agregarlos con sus características)