



Nombre y apellidos donante \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Código ISBT de la donación \_\_\_\_\_

**¿La Donante está asintomática?:**

SI

NO

**¿Ha estado la donante en los últimos 14 días en contacto con alguna persona con fiebre y/o diagnosticada de SARS COVID 19?**

SI

NO

**¿Se ha tomado muestra a la donante para la determinación por PCR del Covid 19 en las 72 h previas al parto?**

SI Fecha y hora toma de la muestra...../ Código.....

NO

Comentario: \_\_\_\_\_

Entrevista realizada por: \_\_\_\_\_

Fecha y Firma: \_\_\_\_\_