

Requisitos de altura y peso



Requisitos de altura y peso* para donantes de sangre de 16 a 23 años

HOMBRES:

ALTURA	PESO MÍNIMO
4'10"	118 libras
4'11"	114 libras
5' y más	110 libras

MUJERES Y OTRO GÉNERO:

ALTURA	PESO MÍNIMO
4'7" o menos	157 libras
4'8"	153 libras
4'9"	149 libras
4'10"	146 libras
4'11"	142 libras
5'	138 libras
5'1"	133 libras
5'2"	129 libras
5'3"	124 libras
5'4"	120 libras
5'5"	115 libras
5'6" y más	110 libras

*NOTA: Los valores son aproximados y no garantizan la elegibilidad para todos los tipos de donación. La información que se proporciona aquí cubre las pautas generales establecidas por la Administración de Alimentos y Medicamentos. Las condiciones y restricciones que rigen la seguridad de la sangre y la donación de sangre pueden cambiar en cualquier momento. Comuníquese con ARUP Blood Services llamando al 801-584-5272 para verificar su elegibilidad.



(801)584-5272 | www.utahblood.org

BS-JA-8708, Rev 0, Febrero de 2025
Página 1 de 1

Copia Controlada

Estimado padre o madre del donante:

Este documento proporciona información fundamental sobre la donación de sangre de su hijo(a). Léalo y firme a continuación para indicar que comprende la información que solicitamos de su hijo(a). Gracias por permitir que su hijo(a) participe en este programa destinado a salvar vidas.

Entiendo que si mi hijo(a) come bien y bebe la suficiente cantidad de líquido el día anterior a la donación y el día de la donación, hay menos posibilidades de que presente reacciones.

- Todos los donantes **DEBEN tener 16 años o más** en la fecha de la donación y se les pedirá que muestren una identificación con fotografía y fecha de nacimiento.
- Entiendo que las palabras "contacto sexual" y "sexo" se definen en un folleto informativo y que a mi hijo(a) se le preguntará sobre embarazos y antecedentes de transfusiones durante el proceso de evaluación de elegibilidad de donante.
- Entiendo que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) establece las normas de aptitud para donar y las políticas de extracción, y que ARUP Blood Services respeta tales normas.
- Entiendo que se analizará la sangre de mi hijo(a) con el objetivo de cumplir con los requisitos de la FDA para realizar pruebas de enfermedades infecciosas (incluidos el VIH y la hepatitis, entre otras). Entiendo que las leyes del estado de Utah protegen la divulgación de ciertos resultados y que ARUP Blood Services tendrá que obtener una autorización firmada por mi hijo(a) para divulgar tales resultados a otras personas, excepto que lo exija la ley estatal o federal. El formulario de autorización del paciente está disponible previa solicitud.
- Entiendo que los procedimientos que se emplean para extraer sangre son seguros, pero que la donación de sangre no está libre de riesgos. Entiendo que un porcentaje muy bajo de personas presenta reacciones por la donación y que estas pueden incluir: mareos, náuseas, hematomas en el brazo, lesión de los nervios del antebrazo o desmayos. Si mi hijo(a) experimenta una reacción a la donación de sangre, doy permiso para que el personal de ARUP Blood Services trate a mi hijo(a) y entiendo que el tratamiento típico generalmente incluye compresas de hielo y elevación de las piernas. Sin embargo, puede ser necesaria la infusión intravenosa de líquidos.
- La autorización firmada por los padres es válida únicamente para una única donación.
- ARUP Blood Services puede proporcionarle a mi hijo(a) un vale para suplementos de hierro si presenta niveles por debajo del rango aceptable de hemoglobina. Consulte con el proveedor de su hijo(a) antes de comenzar con la administración de suplementos de hierro.
- Se analizará el volumen de sangre total de todos los donantes menores de 24 años para garantizar que cumplan con el volumen de sangre mínimo para poder donar.
- Si desea obtener más información sobre el proceso de donación, puede solicitar los paquetes informativos para el/la donante en la escuela de su hijo(a) o el sitio web de la FDA (www.fda.gov).
- Si tiene alguna duda, comuníquese con ARUP Blood Services llamando al (801) 584-5272.

Sección a completar por el padre, la madre o el tutor:

_____ / /
Firma del padre, de la madre o del tutor **Fecha**

Teléfono
(Teléfono para contactar al padre, la madre o el tutor el día de la donación)

Yo, _____
(Nombre en letra imprenta del padre, de la madre o del tutor)

autorizo mi hijo(a)

(Nombre LEGAL en letra imprenta del/de la donante)

_____ / / ,
Fecha de nacimiento del/de la donante

a donar sangre en ARUP Blood Services.

Sección a completar por el personal del centro de donación:

Asegúrese de completar los siguientes campos y de que coincidan con el registro del/de la donante.

<input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Fecha	<input type="checkbox"/> Nombre en letra imprenta del padre, de la madre o del tutor
<input type="checkbox"/> Firma del padre, de la madre o del tutor	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Nombre LEGAL en letra imprenta del/de la donante

BS-FORM-8701, Rev 0, Febrero de 2025