



BS-EG05-FR14 INFORME DE SEGUIMIENTO DE RECEPTORES

Fecha

Apellidos y Nombres del donante:			
Edad:	años	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino	N° HC:
Domicilio:			Teléfono: Celular:
Prueba de Tamizaje Reactiva:			
Fechas de la Prueba de Tamizaje Reactiva:			
Reactivo usado:		Marca:	Lote:

Fechas de Donación	N° de Unidad	Hemocomponente	Nombre del Receptor	Fecha de Transfusión

Nombre del Receptor	Antecedentes de Transfusiones Previas en la institución		Antecedentes de transfusiones Previas en otras instituciones	
	SI	NO	SI	NO

Nombre, Firma y Sello del Responsable