

# Banco de leche humana

📍 **Banco de Leche HMIRS**  
 Esteban de Luca 2155 - CABA

☎ 4943-4036/5028/5580 - Int 7154  
 (L a V 8 a 18 h)

✉ blhsarda@buenosaires.gob.ar

📷 @bancodelechesarda

Apellido y Nombre de la persona donante .....

DNI ..... Fecha de nacimiento persona donante ..... Edad .....

Dirección ..... N° ..... PISO ..... Dpto .....

Entre calles ..... y .....

Barrio ..... Localidad .....

Teléfono fijo ..... Celular .....

Email ..... Ocupación .....

Nombre del Bebé ..... Fecha de parto .....

Tipo de parto ..... Edad Gestacional .....

Peso Nacimiento ..... Peso Actual .....

## Preguntas a ser completadas por la persona donante:

¿Fuma? SI / NO Cuantos cigarrillos / día? .....

¿Toma alguna medicación? SI / NOCuál / cuáles? .....

¿Consume alguna droga? SI / NOCuál / cuáles? .....

¿Consume Bebidas Alcohólicas? SI / NOCantidad / frecuencia .....

¿Se realizó algún tatuaje? SI / NOCuándo? .....

¿Recibió transfusiones de sangre? SI / NOCuándo? .....

Datos a completar por la médica/o del Banco de Leche			
	NEGATIVO	POSITIVO	OBSERVACIONES
VDRL			
HIV			
HEPATITIS B			
HEPATITIS C			
TOXOPLASMOSIS			
CHAGAS			
Aptitud: SI / NO Firma del médico/a			

**¿Cómo se enteró que existía la posibilidad de donar su leche para otros bebés?**

- Otra persona donante
- Enfermera/o
- Médico/a
- Otro miembro del equipo de salud                      ¿Quién? .....
- Folleto
- Cartelera
- Página Web
- Otra institución    ¿Cuál? .....

**¿Cuál es el método de extracción que Ud. utiliza?**

- Manual
- Saca leche
- Eléctrico

**¿Cuál es el método de conservación que Ud. utiliza?**

- Freezer
- Congelador

Firma de la persona donante:

**Donar leche humana es un acto de cooperación y solidaridad,  
es un acto de amor.**

**Muchas gracias.**