

NCH

COVID-19 PLASMA CONVALECIENTE

FORMA DE SOLICITUD PARA EL DONADOR

Por favor envíe esta forma por Correo electrónico a Shannon.Sanchez@nchmd.org. EL Centro de Donación de Sangre de NCH determinará si tú eres elegible para donar. Si tú eres elegible para esta donación, recibirás una llamada para hacer una cita.

Nombre:

Apellido:

Dirección:

Dirección Línea 2:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Correo electrónico:

Número de teléfono que prefiera:

¿Ha sido confirmado Positivo para COVID-19 por un laboratorio?

¿Tiene algún síntoma de COVID-19? ¿Los síntomas pueden incluir fiebre, tos y dificultad para respirar?

¿Han pasado al menos 14 días desde su último síntoma?

¿Fecha de su último síntoma?

¿Ha tenido una prueba negativa de seguimiento para COVID-19?

¿Tiene pruebas de que es Negativo para COVID-19?