











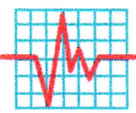
# CENTRO DE SANGRE VALPARAÍSO



## PODRÍAS SER DONANTE SI:

- ♦ Tienes documento con **nombre, rut y foto.** 
- ♦ Tienes entre **18 y 60 años**
- ♦ Has dormido al menos **5 horas.** 
- ♦ Pesas más de **50 kg** 
- ♦ Has comido en las últimas 6 horas (desayuno y/o almuerzo) 
- ♦ (En caso de haber donado) Has dejado pasar el periodo entre cada donación: **3 meses** para los hombres **4 meses** para las mujeres 
- ♦ Puedes esperar **1 hora** después de la donación para conducir 
- ♦ Puedes esperar **12 horas** luego de donar para:
  - Conducir locomoción colectiva. 
  - Realizar deportes de alto riesgo. 
  - Realizar trabajos en altura. 

## NO PODRIAS SER DONANTE EN ESTA OPORTUNIDAD SI:

- ♦ Has tenido relación sexual con una nueva persona hace menos de **6 meses** (con o sin condón). 
- ♦ Has tenido relaciones sexuales con más de una persona en los últimos **12 meses** (con o sin condón). 
- ♦ Has tenido relaciones sexuales con personas que ejercen el comercio sexual en los últimos **12 meses.**
- ♦ Tú o tu pareja sexual se han realizado tatuajes, piercings (aros) o sesiones de acupuntura en los últimos **12 meses.** 
- ♦ Has consumido Alcohol o Marihuana en las últimas **24 horas.** 
- ♦ Has consumido **Drogas.** 
- ♦ Has tomado Antibióticos en los últimos **7 días.** 
- ♦ Has tenido Diarrea en los últimos **14 días.** 
- ♦ Le han realizado endoscopia o colonoscopia en los últimos **12 meses.** 
- ♦ Está embarazada Ha tenido parto o aborto en los últimos **6 meses.** 

**POR FAVOR CONSULTAR ANTES DE INCRIBIRSE COMO DONANTE DE SANGRE SI: CONSUMEN ALGÚN MEDICAMENTO. \* SE HA EFECTUADO UN TRATAMIENTO DENTAL EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS \* TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA \* HA SIDO OPERADO EN LOS ÚLTIMOS MESES**



# RESERVA TU HORA

