

HEALTH AND FAMILY HISTORY FORM

Please fax completed form to: American Fertility Services @ 212-750-3334, email: eggdonationafs@gmail.com
or mail to: Galina Karpenko, MD, Medical Director, Egg Donation Program, AFS, 115 E. 57th Street, Suite 500,
NY, NY 10022

DONOR INFORMATION

Name: _____ Date _____

Date of Birth: _____ Age: _____

Social Security #: _____

Current Occupation: _____

Marital Status: single married divorced widowed

Duration of relationship with current partner: _____

Address:

Street Address	City	State	Zip
----------------	------	-------	-----

Home Phone: _____ Work Phone: _____

Cell Phone: _____ Emergency Phone: _____

Email: _____ Emergency Contact: _____

What is the best way to contact you? _____

How did you hear about this program?

PHYSICAL CHARACTERISTICS

Height: _____ Weight: _____ Eye Color: _____ Blood Type: _____

Eye Condition: normal fair poor Do you wear eyeglasses or contacts? _____ when? _____

Natural Hair Color: _____ Premature Graying: _____ (at what age) _____

Natural Hair Texture (check all that apply): thick thin average coarse silky straight wavy curlyBody Frame: large medium small petiteSkin Tone: fair fair/medium medium olive light brown dark brown ebonySkin Condition: smooth freckled rosy acne oily dry Other _____**PERSONAL CHARACTERISTICS**Were you adopted: Yes No Religion born into: _____ Religion Practiced: _____

Race: _____ Ethnicity: _____

Ethnic Origin: Mother: _____ Father: _____

Maternal Grandmother: _____ Paternal Grandmother: _____

Maternal Grandfather: _____ Paternal Grandfather: _____

ACCOMPLISHMENTSEducation: completed grade school completed high school currently in college, pursuing degree in _____ completed college, degree in _____ pursuing advanced degree in _____ completed advanced degree in _____

Current Occupation: _____ Duties: _____

Company Name & Location: _____

Special Skills (e.g. computers, languages, instruments): _____

Hobbies/Favorite Past-times: _____

FERTILITY HISTORY

Age at first menstrual period: _____ Are your current periods regular? _____ Number of days of each cycle: _____

Have you ever donated eggs before? Yes No,

If yes, When? _____
Where? _____

How many births resulted from your donations? _____

Have you ever applied to a fertility program to be an egg donor and been rejected? If yes, please describe:

Is there any history of fertility problems in your family (difficulty conceiving or frequent miscarriage)? Yes No

If yes, please explain: _____

Did you ever have trouble conceiving? Yes No Have you ever been pregnant? Yes No # of Pregnancies: _____

1						
2						
3						
4						
5						

Complications: _____

PERSONAL HEALTH HISTORY

Do you currently have any **allergies**? Yes No If yes, are they to: Food Medications Environmental Other

Please list below specific substances and reaction(s) produced:

<u>SUBSTANCE</u>	<u>REACTION</u>	<u>AGE</u>

As per the above, please describe any childhood allergies you have outgrown: _____

How is your **vision** without corrective lenses? Poor Fair Good Excellent

Do you wear corrective lenses? Yes No For What? Nearsighted Farsighted Other _____

Your vision is: Right Eye: 20 / _____ Left Eye: 20 / _____

PERSONAL HEALTH HISTORY (CONT.)

How is your **hearing** without corrective aids? Poor Fair Good Excellent

Do you wear corrective aids? Yes No If yes, what type? _____

What is the condition of your **teeth**? Poor Fair Good Excellent

Do you have false teeth? Yes No If yes, easily removed [bridges] semi-fixed [caps] fixed [posts]

Your **diet** is: Vegetarian Non-Vegetarian

Do you consider your diet to be: Poor Fair Good Excellent

How much **exercise** do you get? None Occasional Regular Professional Level

Type of exercise: _____

	NO	YEAR	Live Birth	Miscarriage	Ectopic	Termination	COMMENTS
Have y PREGNANCY OUTCOME:	<input type="checkbox"/> No	If yes, please explain: _____					

Have you had any **hospitalization**(s) not mentioned above? _____

Have you ever had a blood or blood product **transfusion**? Yes No If yes, please explain: _____

Have you had major **radiation** or X-ray exposure? Yes No If yes, please explain: _____

PERSONAL SEXUAL HISTORY

Number of sex partners within the last six (6) months: _____ Within the last two (2) years: _____

What was your shortest relationship with a partner? _____ What was your longest? _____

Are you currently in a relationship now? _____ How long? _____

Method of Contraception used: _____ For how long: _____

Have you or any of your sexual partners had:	SELF	PARTNER	WHEN	HOW OFTEN
Syphilis	Y / N	Y / N		
Gonorrhea	Y / N	Y / N		

NSU (Non-Specific Urethritis)	Y / N	Y / N		
Chlamydia	Y / N	Y / N		
Venereal Warts	Y / N	Y / N		
Genital Herpes	Y / N	Y / N		
Have you or any of your sexual partners had:	SELF	PARTNER	WHEN	HOW OFTEN
Hepatitis	Y / N	Y / N		
HIV-1/2 or HTLV-1 infection (AIDS)	Y / N	Y / N		
Other sexually transmitted diseases	Y / N	Y / N		
Engaged in prostitution	Y / N	Y / N		
Used non-therapeutic IV (intravenous) drugs	Y / N	Y / N		
Homosexual relationships	Y / N	Y / N		
Been a recipient of blood or blood-product transfusion	Y / N	Y / N		
Sexual partners came from sub-Saharan countries or Haiti	Y / N	Y / N		
Received pituitary-derived human growth hormone	Y / N	Y / N		
Tattoo and/or body piercing procedure- which procedure?	Y / N	Y / N		

PERSONAL HABITS AND DRUG USE

Have you used or are you currently using any of the following drugs?	YES	NO	FREQUENCY OF USAGE	COMMENTS
Marijuana				
Cocaine				
Barbiturates				
Narcotics (Heroin, Methadone, Opium, etc)				
Amphetamines				
Hallucinogens				
Tranquilizers				
Anti-Depressants				
PCP				
Inhalants (Amyl or Butyl Nitrates, aerosols)				
Non-therapeutic injected drugs – list				
Over the counter drugs? – list				
Alcoholic drinks? How many drinks per week or day?				
Cigarette smoking? How many packs per day?				
Coffee? How many cups per day?				
Other:				

OCCUPATIONAL HISTORY / EXPOSURE

Please list all the jobs you have had in the past five (5) years and your possible exposure to chemicals, drugs or gases.

	JOB / DUTIES	DATES OF EMPLOYMENT		DRUG OR CHEMICAL EXPOSURE (PLEASE DESCRIBE)
		Year Began	Year Ended	
1				
2				
3				
4				
5				

OCCUPATIONAL HISTORY / EXPOSURE (CONT.)

In the past six (6) months, have you been exposed to any of the following?	YES	NO	FREQUENCY	CIRCUMSTANCES
Toxic Chemicals				
Sprays				
Fumes / Exhaust				
Radiation				
Insecticides				
Lead / Lead Products				
Asbestos / Asbestos Products				
Cleaning Solutions / Solvents				
Recreational Drugs				

FAMILY HEALTH HISTORY

Please describe the members of your family according to the following characteristics: (Use natural eye and hair colors)

	EYE COLOR	HAIR COLOR	COMPLEXION	HEIGHT	BODY TYPE	VISION
Mother						
Father						
Grandmother 1						
Grandfather 1						
Grandmother 2						
Grandfather 2						

How many children are in your family (yourself included)? _____

How many males: _____ How many females: _____

How many were adopted: _____

Are there any twins or triplets in your family? Yes No If yes, what relation are they to you? _____

List the age of family members and, if deceased, cause of death	AGE, IF LIVING	AGE AT DEATH	CAUSE OF DEATH
Grandmother 1			
Grandfather 2			
Grandmother 1			
Grandfather 2			
Mother			
Father			
Brother(s)			
Sister(s)			

FAMILY MEDICAL HISTORY

Carefully review the following list of medical conditions and identify any conditions that are present in the listed family members. If answering YES to any question, explain in the space provided at the bottom of this section.

HEART	You	Sibling	Sibling 2	Mother	Father	Grandfather	Grandmother	Aunt / Uncle
Stroke	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Heart attack	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Heart disease	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
from birth?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
age of onset?	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Hardening of the arteries	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
High blood pressure	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
High cholesterol level	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
BLOOD	You	Sibling	Sibling 2	Mother	Father	Grandfather	Grandmother	Aunt / Uncle
Anemia	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Hemophilia or bleeding disorder	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
HIV virus	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Immune deficiency	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Leukemia	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Lymphoma	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Sickle-cell anemia	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Other blood disorder	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
RESPIRATORY	You	Sibling	Sibling 2	Mother	Father	Grandfather	Grandmother	Aunt / Uncle
Asthma	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Emphysema	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Hayfever / environmental allergy	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Lung cancer	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Pneumonia	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Tuberculosis	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Other lung disease	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
GASTRO-INTESTINAL	You	Sibling	Sibling 2	Mother	Father	Grandfather	Grandmother	Aunt / Uncle
Colon cancer	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Crohn's disease	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Cystic fibrosis	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Gall stones	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Hepatitis A (infectious)	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Hepatitis B (serum)	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Hepatitis C	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Intestinal cancer	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N

Liver cirrhosis	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Other liver disease	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Pyloric stenosis	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Rectal disorder	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Ulcer of stomach or duodenum	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Ulcerative colitis	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Any other cancer or problem of the digestive system	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N

METABOLIC/ENDOCRINE	You	Sibling 1	Sibling 2	Mother	Father	Grandfather	Grandmother	Aunt / Uncle
Adrenal disorder or dysfunction	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Diabetes mellitus	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Goiter	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Hyperactivity	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Hypoglycemia	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Thyroid cancer	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Thyroid disease	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Other metabolic / endocrine disease	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
URINARY	You	Sibling 1	Sibling 2	Mother	Father	Grandfather	Grandmother	Aunt / Uncle
Kidney disease	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Other disease of urinary tract (urethra, bladder, ureter)	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
GENITAL/REPRODUCTIVE	You	Sibling 1	Sibling 2	Mother	Father	Grandfather	Grandmother	Aunt / Uncle
Cancer of cervix, ovaries or uterus	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Hermaphroditism	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Hypospadias	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Ovarian cysts	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Prostate cancer	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Testicular cancer	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Undescended testicle	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Uterine fibroids	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Other genital / reproductive disease	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
REPRODUCTIVE OUTCOMES	You	Sibling 1	Sibling 2	Mother	Father	Grandfather	Grandmother	Aunt / Uncle
2 or more miscarriages	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Stillborn	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Death of a newborn infant	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Neonatal jaundice	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
NEUROLOGICAL	You	Sibling 1	Sibling 2	Mother	Father	Grandfather	Grandmother	Aunt / Uncle
Alzheimer's disease	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Cerebral palsy	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Creutzfeldt-Jacob disease	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Down's syndrome	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Epilepsy / seizures	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Gaucher's disease	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Huntington's disease	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Hydrocephalus	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Mental retardation	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Migraines	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N

DONOR CODE :

Multiple sclerosis	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Paraplegia	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Parkinson's disease	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Scoliosis	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Senility before age 50	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Spina bifida / neural tube defect	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Turret's syndrome	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Wilson's disease	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Other nervous system diseases	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N

MENTAL HEALTH	You	Sibling 1	Sibling 2	Mother	Father	Grandfather	Grandmother	Aunt / Uncle
Schizophrenia	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Manic depressive or bipolar disorder	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Other mental health disorder	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
MUSCLE / BONE / JOINTS	You	Sibling 1	Sibling 2	Mother	Father	Grandfather	Grandmother	Aunt / Uncle
Arthritis	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Deformity of spine	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Dwarfism	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Gout	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Hereditary low back disease	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Loss of muscle coordination	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Lupus	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Muscular dystrophy	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Myasthenia gravis	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Osteoporosis	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Other chronic muscle disease	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
SIGHT / SOUND / SMELL	You	Sibling 1	Sibling 2	Mother	Father	Grandfather	Grandmother	Aunt / Uncle
Blindness	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Cataracts before age 50	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Color blindness	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Congenital word blindness	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Deafness before age 60	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Deformity of the ear	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Deviated septum	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Glaucoma	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Retinoblastoma	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Other sight/sound/smell disorder	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
SKIN	You	Sibling 1	Sibling 2	Mother	Father	Grandfather	Grandmother	Aunt / Uncle
Acne	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Eczema	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Skin cancer	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Pigmentation disorders	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Neurofibromatosis	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Other disorders of the skin	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
CONGENITAL ANOMALIES	You	Sibling 1	Sibling 2	Mother	Father	Grandfather	Grandmother	Aunt / Uncle
Cleft lip / palate	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Congenital hip problems	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Club foot	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Other congenital anomalies	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N

THERMOSOMAL ABNORMALITIES	You	Sibling 1	Sibling 2	Mother	Father	Grandfather	Grandmother	Aunt / Uncle
Turner's syndrome	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Klinefelter's syndrome	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Other	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
GENETIC DISORDERS	You	Sibling 1	Sibling 2	Mother	Father	Grandfather	Grandmother	Aunt / Uncle
Cri du chat syndrome	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Trisomy 18	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Trisomy 13	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Fragile X syndrome	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Other genetic conditions	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
OTHER	You	Sibling 1	Sibling 2	Mother	Father	Grandfather	Grandmother	Aunt / Uncle
Alcoholism	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Drug abuse or addiction	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Breast cancer	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Early childhood / infancy death	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Learning disorder	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Recurring or chronic physical symptoms	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Any other cancer not mentioned	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N
Any other conditions not mentioned	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N	Y / N

Explain: _____

YOUR CHILDREN'S MEDICAL HISTORY

Do you have any children? Yes No

YOUR CHILDREN	SEX	AGE	Living	Deceased	Health Problems / Age Diagnosed	Age at death	Cause of death

YOUR GENETIC HISTORY

Have you ever been tested for any of the following genetic conditions?

SCREENING TEST	Ethnic Background	Test Done		DATE TESTED	RESULT	
		YES	NO		Carrier	Non-carrier

DONOR CODE :

Chromosomal Analysis (Karyotype)	All					
Cystic Fibrosis	Caucasians					
Alpha (α) Thalassemia	Southeastern Asians & Philippines					
Beta (β) Thalassemia	Mediterranean populations					
G-6-PD Deficiency	Italian & Greek origin					
Sickle Cell Disease	African ancestry					
Tay-Sachs Disease	Jewish ancestry					
Fragile X Syndrome						
Other :						

Do you have copies of your genetic tests? Yes No

If so, where are the results of your tests? _____

PERSONAL STATEMENT

Why do you want to be an egg donor? _____

In your own words, describe your personality, character and temperament: _____

What are your hobbies, interests and special talents? _____

If you could pass on a message to the recipient(s) of your eggs, what would that message be? _____

PERSONAL STATEMENT (CONT)

Please answer the following questions about yourself:

What was your childhood ambition? _____

What is your fondest memory? _____

What is your favorite type of music? _____

What is your favorite retreat or vacation activity? _____

What was your wildest dream? _____

What was your proudest moment? _____

What is your biggest challenge? _____

What time do you wake up in the morning? _____

What is your idea of a perfect day? _____

What was your first job? _____

What is your favorite indulgence? _____

What was your last purchase? _____

What is your favorite movie? _____

What/Who has been your inspiration? _____

Additional comments about yourself:

CONSENT TO USE PHOTOGRAPH

I understand that my will be photograph taken and used by medical staff at American Fertility Services to enable a proper match with recipient.

I authorize AFS to show my current photograph to recipients as a part of my Anonymous Donor Profile:

Yes No

I authorize AFS to show photographs of myself as a baby or child that I will provide:

Yes No

Signature _____

Date _____

ATTESTATION

I, _____ HEREBY SWEAR that the information that I have provided in this Health and History Form is complete and true to the best of my knowledge. I understand that any false statement will be considered grounds for rejection of my application as an egg donor.

Signature _____

Date _____

END OF FORM