



**CENTRO DE TRASPLANTES
MEMORIAL HERMANN**

**SOLICITUD DEL PACIENTE
PARA TRASPLANTE DE RIÑÓN**

CENTRO DE TRASPLANTES
MEMORIAL HERMANN

*POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO Y ENVÍELO
POR CORREO A:*

MEMORIAL HERMANN HOSIPITAL
6411 FANNIN, SUITE JB600
HOUSTON, TX 77030-1501

ATENCIÓN: RENAL TRANSPLANT DEPARTMENT

O ENVÍELO POR

FAX: 713-704-2910
CENTRAL TELÉFONICA: 713-704-4071
NÚMERO GRATUITO: 800-869-5996

Por favor incluya también:

- Una copia de todas las tarjetas de seguro (frente y reverso)
- Una copia de los registros de vacunas
- Una copia actual de los registros de laboratorio

SOLICITUD PARA TRASPLANTE EN EL MEMORIAL HERMANN

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE: _____
CUSTODIO (SI ES APLICABLE): _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
TELÉFONO DEL DOMICILIO: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____ TELÉFONO CELULAR: _____
SEXO: M F RAZA / ORIGEN ÉTNICO: _____
NO. DEL SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

¿ES USTED?

CIUDADANO NORTEA ERICANO RESIDENTE EXTRANJERO EXTRANJERO NO RESIDENTE

SI ES EXTRANJERO NO RESIDENTE, PAÍS: _____

IDIOMA: _____ SI NO ES EL INGLÉS, ¿NECESITA UN INTÉRPRETE? _____

NIVEL DE EDUCACIÓN MÁS ALTO QUE HAYA OBTENIDO: _____

GRADUADO DE ESCUELA SECUNDARIA O DIPLOMA EQUIVALENTE A LA ESCUELA SECUNDARIA (GED - *GENERAL EDUCATION DEVELOPMENT*): _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO CASADO DIVORCIADO

¿ESTÁ USTED TRABAJANDO? TIEMPO COMPLETO TIEMPO PARCIAL EN ESCUELA NO TRABAJO

¿PUEDE USTED? CAMINAR NECESITA BASTÓN / ANDADERA NECESITA SILLA DE RUEDAS

INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS

MEDICARE: SÍ NO PENDIENTE FECHA DE LA SOLICITUD: _____
NO. DE MEDICARE: _____ PARTE: A B FECHA DE VIGENCIA: _____
MEDICARE PARTE D: SÍ NO NOMBRE DEL PLAN: _____

MEDICAID: SÍ NO PENDIENTE FECHA DE LA SOLICITUD: _____
NO. DE MEDICAID: _____ NOMBRE DEL PLAN: _____

TARJETA DORADA DEL CONDADO DE HARRIS: SÍ NO PROGRAMA TEXAS KIDNEY HEALTH: SÍ NO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS PRIVADA: _____

EMPLEADOR: _____

APELLIDO DEL ASEGURADO: _____ NOMBRE: _____

NO. DE IDENT. DEL MIEMBRO: _____ NO. DEL SEGURO SOCIAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NO. DE GRUPO: _____

NO. DE TELÉFONO PARA VERIFICACIÓN: _____

NO. DE TELÉFONO PARA PRECERTIFICACIÓN: _____

NOMBRE DE OTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS: _____

EMPLEADOR: _____

APELLIDO DEL ASEGURADO: _____ NOMBRE: _____

NO. DE IDENT. DEL MIEMBRO: _____ NO. DEL SEGURO SOCIAL: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NO. DE GRUPO: _____

NO. DE TELÉFONO PARA VERIFICACIÓN: _____

NO. DE TELÉFONO PARA PRECERTIFICACIÓN: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL TRASPLANTE

TIPO DE TRASPLANTE: SÓLO RIÑÓN SIMULTÁNEAMENTE PÁNCREAS Y RIÑÓN
 SÓLO PÁNCREAS PÁNCREAS DESPUÉS DEL RIÑÓN

¿ES ESTA LA PRIMERA VEZ QUE USTED HA SIDO EVALUADO PARA UN TRASPLANTE DE RIÑÓN? SÍ NO
SI LA RESPUESTA ES NO, ¿DÓNDE FUE EVALUADO? _____ FECHA _____

¿HA RECIBIDO ANTES UN TRASPLANTE DE RIÑÓN? SÍ NO
SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿EN CUÁL CENTRO DE TRASPLANTES? _____ FECHA _____

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿SABE USTED LA RAZÓN POR LA CUAL SE PERDIÓ EL TRASPLANTE? SÍ NO

POR FAVOR EXPLÍQUELO: _____

¿SABE USTED DE ALGUNA(S) PERSONA(S) QUE CONSIDERARÍA(N) DONARLE UN RIÑÓN A USTED? SÍ NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR SUMINISTRE LA INFORMACIÓN ACERCA DEL(DE LOS) DONANTE(S):

PARENTESCO CON EL RECEPTOR DEL ÓRGANO: _____
APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE: _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
TELÉFONO DEL DOMICILIO: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____ TELÉFONO CELULAR: _____
SEXO: M F RAZA / ORIGEN ÉTNICO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

PARENTESCO CON EL RECEPTOR DEL ÓRGANO: _____
APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE: _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
TELÉFONO DEL DOMICILIO: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____ TELÉFONO CELULAR: _____
SEXO: M F RAZA / ORIGEN ÉTNICO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

POR FAVOR RECUERDE QUE EL DONANTE DEBE PONERSE EN CONTACTO CON UN COORDINADOR DE TRASPLANTES EN EL 713-704-4071 PARA COMENZAR EL PROCESO DE EVALUACIÓN

INFORMACIÓN SOBRE PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA

INFORMACIÓN PARA CONTACTAR AL CÓNYUGE:

APELLIDO DEL CÓNYUGE: _____ NOMBRE DEL CÓNYUGE: _____
NO. DEL SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE: _____
NO. DE TELÉFONO DEL TRABAJO DEL CÓNYUGE: _____ NO. DEL TELÉFONO CELULAR DEL CÓNYUGE: _____

PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE EMERGENCIA:

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____
PARENTESCO CON EL PACIENTE: _____
NO. DE TELÉFONO DEL DOMICILIO: _____ NO. DEL TRABAJO: _____ NO. DEL TELÉFONO CELULAR: _____

PARIENTE MÁS CERCANO:

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____
PARENTESCO CON EL PACIENTE: _____
NO. DE TELÉFONO DEL DOMICILIO: _____ NO. DEL TRABAJO: _____ NO. DEL TELÉFONO CELULAR: _____

VECINO:

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____
PARENTESCO CON EL PACIENTE: _____
NO. DE TELÉFONO DEL DOMICILIO: _____ NO. DEL TRABAJO: _____ NO. DEL TELÉFONO CELULAR: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA REFERENCIA

¿QUIÉN LO REFIRIÓ AL CENTRO DE TRASPLANTES DEL MEMORIAL HERMANN?

- NEFRÓLOGO MÉDICO PRIMARIO PEDIATRA ENDOCRINÓLOGO
 CENTRO DE DIÁLISIS OTRO

APELLIDO DEL NEFRÓLOGO (MÉDICO ESPECIALISTA EN RIÑONES): _____ NOMBRE: _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
NO. DE TELÉFONO: _____ NO. DE FAX: _____

APELLIDO DEL MÉDICO PRIMARIO (DE CABECERA): _____ NOMBRE: _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
NO. DE TELÉFONO: _____ NO. DE FAX: _____

APELLIDO DEL CARDIÓLOGO: _____ NOMBRE: _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
NO. DE TELÉFONO: _____ NO. DE FAX: _____

APELLIDO DEL PEDIATRA (SI ES APLICABLE): _____ NOMBRE: _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
NO. DE TELÉFONO: _____ NO. DE FAX: _____

APELLIDO DEL ENDOCRINÓLOGO: _____ NOMBRE: _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
NO. DE TELÉFONO: _____ NO. DE FAX: _____

NOMBRE DEL CENTRO DE DIÁLISIS: _____
DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____
NO. DE TELÉFONO: _____ NO. DE FAX: _____
PERSONA A CONTACTAR: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

¿QUÉ LE CAUSÓ SU INSUFICIENCIA RENAL?

¿CUÁL ES SU PESO SECO ACTUAL? _____ ALTURA: _____

¿HA ESTADO ALGUNA VEZ EMBARAZADA? _____ SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿CUÁNTAS VECES? _____

¿QUÉ TIPO DE SANGRE TIENE? _____ POSITIVA NEGATIVA

¿SE LE HA REALIZADO ALGUNA VEZ TRANSFUSIÓN DE SANGRE? _____ SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿CUÁNTAS? _____

¿ES USTED VIH POSITIVO? SÍ NO

¿RECIBE USTED DIÁLISIS? SÍ NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUÉ TIPO DE DIÁLISIS? HEMODIÁLISIS PERITONEAL

SI LA RESPUESTA ES NO, ¿CUÁL ES SU CREATININA EN SUERO ACTUAL? _____

¿CUÁNDO COMENZÓ USTED LA DIÁLISIS? _____

QUÉ DÍAS DE LA SEMANA RECIBE DIÁLISIS?

LUNES – MIÉRCOLES – VIERNES MARTES – JUEVES – SÁBADO DIARIAMENTE

OTRO _____

¿A QUÉ HORA DEL DÍA VA A DIÁLISIS?

EN LA MAÑANA AL MEDIODÍA POR LA TARDE

¿HA RECIBIDO ALGUNAS OTRAS FORMAS DE DIÁLISIS?

HEMODIÁLISIS: SÍ NO ¿POR CUÁNTO TIEMPO? _____

¿POR QUÉ LA CAMBIÓ? _____

DIÁLISIS PERITONEAL: SÍ NO ¿POR CUÁNTO TIEMPO? _____

¿POR QUÉ LA CAMBIÓ? _____

DESDE EL COMIENZO DEL TRATAMIENTO DE DIÁLISIS, ¿HA ESTADO USTED ALGUNA VEZ HOSPITALIZADO? SÍ NO
SI LA RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR EXPLÍQUELO:

FECHA: _____ RAZÓN: _____
FECHA: _____ RAZÓN: _____
FECHA: _____ RAZÓN: _____

¿TIENE USTED FUNCIONANDO?: INJERTO ARTERIOVENOSO FÍSTULA ARTERIOVENOSA
 VÁLVULA CENTRAL CATÉTER PERITONEAL

¿HA TENIDO USTED MÁS DE UNO? SÍ NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿CUÁNTOS? _____

¿DÓNDE ESTÁ COLOCADO SU CATÉTER / INJERTO / FÍSTULA? _____

FECHA DE SU ÚLTIMA REVISIÓN: _____ ¿CUÁNTAS LÍNEAS CENTRALES HA TENIDO? _____

¿HA TENIDO ALGUNA VEZ PERITONITIS? SÍ NO SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿CUÁNTAS VECES? _____

¿CUÁNDO TUVO LA ÚLTIMA PERITONITIS? _____

¿HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA CON SU ACCESO VENOSO A SU DIÁLISIS? SÍ NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, INFECCIÓN COÁGULOS

POR FAVOR ESCRIBA LAS ALERGIAS QUE PADECE:

| | |
|----------------|----------------|
| FÁRMACO _____ | REACCIÓN _____ |
| FÁRMACO _____ | REACCIÓN _____ |
| FÁRMACO _____ | REACCIÓN _____ |
| ALIMENTO _____ | REACCIÓN _____ |
| ALIMENTO _____ | REACCIÓN _____ |
| ALIMENTO _____ | REACCIÓN _____ |

POR FAVOR ESCRIBA LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE:

| | | |
|---------------|-------------|------------------------------|
| FÁRMACO _____ | DOSIS _____ | ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA? _____ |
| FÁRMACO _____ | DOSIS _____ | ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA? _____ |
| FÁRMACO _____ | DOSIS _____ | ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA? _____ |
| FÁRMACO _____ | DOSIS _____ | ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA? _____ |
| FÁRMACO _____ | DOSIS _____ | ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA? _____ |
| FÁRMACO _____ | DOSIS _____ | ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA? _____ |
| FÁRMACO _____ | DOSIS _____ | ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA? _____ |
| FÁRMACO _____ | DOSIS _____ | ¿CUÁNTAS VECES AL DÍA? _____ |

POR FAVOR ESCRIBA LAS CIRUGÍAS QUE SE LE HAYAN EFECTUADO EN SU VIDA:

| | |
|---------------|-----------|
| CIRUGÍA _____ | AÑO _____ |
| CIRUGÍA _____ | AÑO _____ |
| CIRUGÍA _____ | AÑO _____ |
| CIRUGÍA _____ | AÑO _____ |
| CIRUGÍA _____ | AÑO _____ |
| CIRUGÍA _____ | AÑO _____ |
| CIRUGÍA _____ | AÑO _____ |
| CIRUGÍA _____ | AÑO _____ |
| CIRUGÍA _____ | AÑO _____ |
| CIRUGÍA _____ | AÑO _____ |
| CIRUGÍA _____ | AÑO _____ |
| CIRUGÍA _____ | AÑO _____ |

POR FAVOR ESCRIBA LAS LESIONES GRAVES O FRACTURAS QUE HAYA SUFRIDO:

INCIDENTE _____ AÑO _____
INCIDENTE _____ AÑO _____
INCIDENTE _____ AÑO _____

¿PADECE USTED DE DIABETES (AZÚCAR ALTA EN LA SANGRE)?: SÍ NO
SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿QUÉ TIPO? TIPO I TIPO II
¿CUÁL FUE SU MÁS RECIENTE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA (HEMOGLOBINA A1C)? _____
¿CUÁNTAS VECES AL DÍA USTED SE REVISAR SU NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE? _____
¿CUÁL ES SU ESCALA DEL NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE DIARIAMENTE? _____
¿SE INYECTA INSULINA? SÍ NO
SI LA RESPUESTA ES SÍ, DESDE HACE CUÁNTO TIEMPO QUE SE INYECTA INSULINA? _____
¿CUÁNTAS VECES AL DÍA SE INYECTA INSULINA? _____
¿CON CUÁNTA FRECUENCIA TIENE USTED EPISODIOS CONSIDERABLES DE NIVEL BAJO DE AZÚCAR EN LA SANGRE?

¿ESTÁ USTED SIEMPRE CONSCIENTE CUANDO SU NIVEL DE AZÚCAR EN LA SANGRE BAJA? SÍ NO

¿SUFRE USTED DE RETINOPATÍA (DAÑO OCULAR)? SÍ NO
¿SUFRE USTED DE NEUROPATÍA (DAÑO A UN NERVIOS / ENTUMECIMIENTO)? SÍ NO
¿SUFRE USTED DE GASTROPARESIS (DIGESTIÓN LENTA)? SÍ NO
¿TIENE USTED ÚLCERAS EN LAS PIERNAS / PIES? SÍ NO

¿SUFRE USTED DE PROBLEMAS CARDÍACOS? SÍ NO
¿INFARTOS? SÍ NO
¿CIRUGÍA DE BYPASS? SÍ NO
¿CIRUGÍA VASCULAR? SÍ NO
¿DOLOR DE PECHO O ANGINA? SÍ NO
¿PALPITACIONES? SÍ NO
¿PROBLEMAS DEL RITMO CARDÍACO? SÍ NO

¿SUFRE USTED DE PROBLEMAS PULMONARES? SÍ NO
¿ASMA? SÍ NO
¿BRONQUITIS? SÍ NO
¿NEUMONÍA? SÍ NO

¿SUFRE USTED DE PROBLEMAS GASTROINTESTINALES? SÍ NO
¿ÚLCERAS ESTOMACALES? SÍ NO
¿ENFERMEDAD DE CROHN? SÍ NO
¿COLITIS ULCERATIVA? SÍ NO
¿DIVERTICULITIS? SÍ NO

¿SUFRE USTED DE HIPERTENSIÓN (PRESIÓN ARTERIAL ALTA)? SÍ NO
¿DESDE CUÁNDO HA SUFRIDO DE HIPERTENSIÓN? _____
¿DESDE CUÁNDO HA ESTADO TOMANDO MEDICINA PARA LA HIPERTENSIÓN? _____

¿SUFRE USTED DE PROBLEMAS DEL HÍGADO? SÍ NO
¿SI LA RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR EXPLÍQUELO _____

¿SUFRE USTED DE PROBLEMAS DE LA VESÍCULA BILIAR? SÍ NO

¿SUFRE USTED ACTUALMENTE DE ALGO DE LO MENCIONADO A CONTINUACIÓN?

¿INFECCIONES EN EL TRACTO URINARIO? SÍ NO
¿ANORMALIDADES EN EL TRACTO URINARIO? SÍ NO
¿SI LA RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR EXPLÍQUELO? _____

¿PROBLEMAS DE LOS ÓRGANOS PRODUCTIVOS FEMENINOS? SÍ NO

¿SI LA RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR EXPLÍQUELO _____

¿PROBLEMAS DE LOS ÓRGANOS REPRODUCTIVOS MASCULINOS? SÍ NO

¿SI LA RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR EXPLÍQUELO _____

¿PROBLEMAS DE SANGRAMIENTO O COAGULACIÓN? SÍ NO

¿SI LA RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR EXPLÍQUELO _____

¿ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES O RASGO DE CÉLULAS FALCIFORMES? SÍ NO

¿LUPUS? SÍ NO

SI A RESPUESTA ES SÍ, ¿LE HA AFECTADO ALGUNO DE LO SIGUIENTE?

CEREBRO ARTICULACIONES RIÑÓN PIEL

¿HERIDA ABIERTA O ÚLCERA? SÍ NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿DÓNDE? SÍ NO

¿AMPUTACIONES? SÍ NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿DÓNDE? _____

¿ATAQUE CEREBRAL? SÍ NO

¿CÁNCER? SÍ NO

ACTUAL PASADO ¿QUÉ TIPO? _____

¿HEPATITIS? A B C

¿HA SIDO USTED VACUNADO CONTRA LA HEPATITIS? SÍ NO

¿ESTÁ USTED ACTUALMENTE SIENDO TRATADO POR UNA INFECCIÓN? SÍ NO

¿ALGÓN OTRO PROBLEMA MÉDICO?, POR FAVOR EXPLÍQUELO: _____

¿HA SIDO USTED TRATADO POR DEPRESIÓN? SÍ NO

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿POR CUANTO TIEMPO? _____

¿USTED FUMA? SÍ NO

CANTIDAD DE CAJETILLAS POR DÍA _____

¿CONSUME USTED BEBIDAS ALCOHÓLICAS? SÍ NO

CANTIDAD POR DÍA _____

¿HA CONSUMIDO ALGUNA VEZ DROGAS RECREACIONALES? SÍ NO

¿CUÁNDO / FECHA? _____ ¿QUÉ TIPO? _____

¿HA ESTADO USTED ALGUNA VEZ ENCARCELADO? SÍ NO

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

¿DIABETES? SÍ NO

¿HIPERTENSIÓN? SÍ NO

¿RIÑONES POLICÍSTICOS? SÍ NO

¿INSUFICIENCIA RENAL? SÍ NO

¿ENFERMEDAD CARDÍACA? SÍ NO

¿ENFERMEDAD RENAL? SÍ NO

¿CÁNCER? SÍ NO

¿OTRAS ENFERMEDADES / ANORMALIDADES? SÍ NO

POR FAVOR EXPLIQUE LA QUE HAYA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE: _____

PARENTESCO CON USTED
