



Annette C. and Harold C. Simmons
Transplant Institute
Baylor University Medical Center at Dallas
Baylor All Saints Medical Center at Fort Worth
Ahora parte de Baylor Scott & White Health

SOLICITUD PARA TRASPLANTE DE RIÑÓN

Quisiera que me consideraran para: Riñón Riñón/Páncreas Páncreas solamente
Quisiera que las pruebas de evaluación se realizaran en: Dallas Ft. Worth
 Lubbock Amarillo

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		Nombre:		
Dirección:	Núm. apartamento #:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Núm. Seguro Social:		Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano/Esquimal/Aleutiano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra				
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Origen hispano <input type="checkbox"/> No de origen hispano				
Núm. de teléfono:		Núm. celular:	Correo electrónico:	
Ciudadano de EE. UU.: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma preferido:		¿Habla inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Contacto de emergencia:			Núm. de teléfono:	

INFORMACIÓN DE MEDICARE/MEDICAID			(Adjunte una copia de todas las tarjetas de seguro)
Núm. ident. Medicare:	Núm. ident. Medicaid:	Núm. de plan de salud de Texas Kidney Health Plan:	

INFORMACIÓN DE SEGURO		
Nombre del titular primario de la póliza:	Fecha de nacimiento:	Núm. Seguro Social:
Aseguradora:	Núm. servicio al cliente:	
Núm. de póliza/ Ident.:	Núm. de grupo:	

INFORMACIÓN ADICIONAL		Médico que remite:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Núm. teléfono:	Núm. fax:			
Nombre de centro de diálisis:	Núm. teléfono:	Ciudad:		
Trabajador social de centro de diálisis:				
Tipo de diálisis: <input type="checkbox"/> Todavía no recibo diálisis <input type="checkbox"/> Peritoneal <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Hemodiálisis en domicilio	Estatura:	Peso:		
Días de diálisis: <input type="checkbox"/> Lun./Mié./Vie. <input type="checkbox"/> Mar./Jue./Sáb.	Fecha de la primera diálisis:			
Trasplante previo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, centro de trasplante:		Ciudad:	Fecha:

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA COMENZAR LA EVALUACIÓN Y EL PROCESO DE AUDITORÍA FINANCIERA

Solicito que Baylor All Saints (BAS), Baylor University Medical Center (BUMC) y Dallas Transplant Institute (DTI) comiencen el proceso de auditoría financiera y evaluación de trasplante para mí. Entiendo que se comunicarán con mis aseguradoras para iniciar este proceso. Autorizo a mis médicos a revelar el contenido de mis expedientes médicos a BAS, BUMC y DTI. Autorizo a BAS, BUMC y DTI a divulgar mi información médica relacionada con mi diagnóstico o tratamiento, incluido, entre otros, los datos sobre enfermedades contagiosas, como la del virus de inmunodeficiencia humana ("VIH") y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ("SIDA"), los resultados de análisis de laboratorio, historial médico, tratamientos o cualquier otra información relacionada a: 1) los representantes de agencias locales, estatales o federales de conformidad con la ley; 2) Medicare; 3) Medicaid; 4) mi aseguradora o sus representantes designados; 5) toda persona o entidad con la responsabilidad económica de mi atención o tratamiento; 6) los empleados o representantes de BAS, BUMC y DTI para la investigación y defensa de una demanda o causa de acción, actual o potencial, que se apegue o se pueda aseverar contra BAS, BUMC y DTI o contra cualquier miembro del personal médico y de la plantilla de BAS, BUMC y DTI, o 7) las personas o entidades para fines de reformas de calidad, fines educativos, de investigación médica, de acreditaciones u otros propósitos que utilizan habitualmente los hospitales y el personal médico para llevar a cabo sus funciones. Esta autorización se mantendrá vigente indefinidamente. Entiendo que la presente información se podría tener que divulgar para pagar los gastos médicos que se hayan incurrido en BAS, BUMC y DTI. Autorizo además a que se divulgue esta información a los proveedores de atención médica asociados con mis cuidados fuera de BAS, BUMC y DTI para facilitar aún más los servicios de atención médica.

Firma del paciente:	Fecha:
Nombre en letra de imprenta:	

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS (Proporcione una copia de los siguientes documentos obligatorios)

<input type="checkbox"/> Copia de ident. emitida por el gobierno, como licencia de conducir o pasaporte <input type="checkbox"/> Copia de tarjetas de seguro (al frente y al dorso) <input type="checkbox"/> Historial y examen físico recientes del nefrólogo (dentro del último año) <input type="checkbox"/> Estatura y peso más recientes por parte del nefrólogo o centro de diálisis	Si recibe diálisis: <input type="checkbox"/> Historial de cumplimiento reciente <input type="checkbox"/> Prueba de tuberculosis (dentro del último año) <input type="checkbox"/> Copia del Formulario 2728 de HCFA
	Si no recibe diálisis: <input type="checkbox"/> Estimación del índice de filtración glomerular o depuración de creatinina de 24 horas

Las direcciones postales del Baylor Annette C. and Harold C. Simmons Transplant Institute son:

Baylor University Medical Center in Dallas:
Dallas Transplant Institute
Attention: Pre-Transplant Dept.
1420 Viceroy, Dallas, TX 75235
Ph: 214.358.2300 • Fax: 214.366.6088

Baylor All Saints Medical Center in Fort Worth (Lubbock/Amarillo):
Baylor All Saints Medical Center
Attention: Pre-Transplant Dept.
1400 8th Avenue, Fort Worth, TX 76104
Ph: 817.922.4650 • Fax: 817.922.2310



Annette C. and Harold C. Simmons
Transplant Institute
Baylor University Medical Center at Dallas
Baylor All Saints Medical Center at Fort Worth

Ahora parte de Baylor Scott & White Health

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD PARA TRASPLANTE DE RIÑÓN

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: Masculino Femenino Estado civil: Casado Soltero Divorciado Viudo Separado

¿Cuál es la causa de su insuficiencia renal? _____

¿Tiene posibles donantes vivos? Si No

Origen étnico (Marque todas las que correspondan):

Indígena norteamericano/ Nativo de Alaska	Hispano/Latino	Negro o afroamericano	Asiático	Nativo de Hawái/Otra Isla del Pacífico	Blanco
<input type="checkbox"/> Indígena norteamericano <input type="checkbox"/> Esquimal <input type="checkbox"/> Aleutiano <input type="checkbox"/> Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska: Otro	<input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño (reside en EE. UU.) <input type="checkbox"/> Puertorriqueño (en la isla) <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino: Otro	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Africano (continental) <input type="checkbox"/> Indio occidental <input type="checkbox"/> Haitiano <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano: Otro	<input type="checkbox"/> Indio de Asia/Indio subcontinental <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Asiático: Otro	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla <input type="checkbox"/> Nativo de una isla del Pacífico: Otro	<input type="checkbox"/> Descendiente europeo <input type="checkbox"/> Árabe o nativo del Oriente Medio <input type="checkbox"/> Nativo del norte de África (no negro) <input type="checkbox"/> Blanco: Otro

INFORMACIÓN DEL MÉDICO QUE REMITE

Nefrólogo (médico de diálisis/riñones): _____ Número de teléfono: _____

Médico de atención primaria: _____ Número de teléfono: _____

¿Está usted en una lista de espera en con otro centro de trasplantes? Si No

Si es así, ¿con cuál centro? _____ ¿Cuándo lo colocaron en la lista? _____

¿Coordinador en ese centro? _____ Núm. de teléfono del coordinador: _____

MEDICAMENTOS: Escriba Apunte todos los medicamentos: (incluya una página adicional si fuera necesario)

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

Escriba Apunte todos los sus medicamentos sin receta (ejemplos: Tylenol, Advil), suplementos a base de hierbas y vitaminas que toma:

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

ALERGIAS A MEDICAMENTOS/ALIMENTOS: _____

GENERAL:

Su estatura es: _____ Su peso actual es: _____ kg libras ¿Es este su peso habitual típico? Si No

A continuación, marque todo lo que sea aplicable a su problema médico en los últimos 12 meses:

Aumento de peso Pérdida de peso Fiebre Escalofríos Sudores nocturnos

Historial social

Historial de uso de tabaco: ¿Fuma actualmente usted? Nunca Actualmente Previamente

Si fuma actualmente: _____ cajetillas al día; _____ años

Si fue previamente, ¿por cuánto tiempo fumó? _____ ¿Cuándo dejó de fumar? _____

¿Ha usado alguna vez drogas recreativas? Si No ¿Cuándo fue la última vez que usó drogas? _____

¿Qué tipo de drogas ha usado? _____

¿Consume actualmente bebidas alcohólicas? Si No ¿Cuándo fue la última vez que consumió alcohol? _____

¿Cuántas bebidas alcohólicas consume al día? _____ ¿A la semana? _____

¿Alguna vez ha estado encarcelado? Si No ¿Está actualmente en libertad condicional? Si No

¿Es usted el principal cuidador de alguien? Si No Si es así, ¿de quién? _____

¿Tiene algún problema especial de transporte que se debe considerar? Si No

Información ocupacional

¿Cuál es su oficio? _____

Estado laboral: Trabajo a tiempo completo Trabajo a tiempo parcial Desempleado Discapacitado Jubilado Estudiante

Si trabaja, ¿requiere su trabajo levantar algo pesado? Si No ¿Realiza su trabajo al aire libre? Si No

Marque si alguno de sus parientes consanguíneos ha tenido cualquiera de los siguientes:

Enfermedad	Parentesco que guarda con usted
<input type="checkbox"/> Diabetes	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	_____
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	_____
<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	_____
<input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones	_____
<input type="checkbox"/> Malignidad/Cáncer	_____
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	_____
<input type="checkbox"/> Otra	_____

Marque todo lo que sea aplicable a usted

OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA

- Ceguera
- Glaucoma
- Retinopatía diabética
- Sordera/Pérdida auditiva

Otros problemas/cirugías/pruebas o exámenes recientes que ha tenido relacionados con los ojos, los oídos, la nariz o la garganta: _____

PULMONAR (pulmones)

- Tuberculosis
- Historial de prueba positiva cutánea de tuberculosis
Si la respuesta es sí, ¿cuándo recibió tratamiento _____

- Historial de radiografía anormal del pecho
- Bronquitis crónica
- Asma
- Enfisema/EPOC
- Uso de oxígeno
- Apnea del sueño
- Use de bombeo de aire por CPAP
- Historial de masas/nódulos en los pulmones
- Historial de cáncer de pulmón

Otros problemas/cirugías/pruebas o exámenes recientes que ha tenido relacionados con los ojos, los oídos, la nariz o la garganta: _____

Neumólogo (médico de los pulmones): _____
Número de teléfono: _____

CARDÍACO (corazón) y VASCULAR (circulación)

- Hipertensión/Presión arterial alta
- Sobrecarga frecuente de líquidos/Insuficiencia cardíaca
- Enfermedad de las arterias coronarias/Enfermedad del corazón
- Ataque cardíaco
- Cirugía del corazón
- Circulación deficiente
- Dolor en las piernas al caminar
- Úlceras en los pies
- Amputaciones
- Coágulos de sangre/Trombosis venosa profunda

Otros problemas/pruebas o exámenes recientes que ha tenido relacionados con el corazón o la circulación: _____

Cardiólogo (médico del corazón): _____
Número de teléfono: _____
Vascular Surgeon: _____
Número de teléfono: _____

GASTROENTEROLOGÍA (abdomen/intestinos/hígado/estómago)

- Enfermedades del hígado
- Historial de hepatitis B
- Recibió vacuna contra la hepatitis B
- Historial de hepatitis C
- Reflujo/Agruras/Acidez
- Problemas para tragar
- Historial de vómito con sangre
- Historial de problemas intestinales
- Úlcera estomacal
- Historial de pólipos
- Historial de sangre en las heces
- Diverticulosis

¿Alguna vez se ha hecho una colonoscopia? Sí No
¿Cuándo? _____
¿Por qué? _____

(Gastroenterología, continuación)

¿Alguna vez se ha hecho una endoscopia del sistema digestivo superior? Sí No
¿Cuándo? _____
¿Por qué? _____

Otros problemas/cirugías/pruebas o exámenes recientes que ha tenido relacionados con el abdomen, los intestinos, el hígado o el estómago: _____

Gastroenterologist (Doctor for abdomen, stomach, liver and/or intestines): _____

Número de teléfono: _____

Hepatologist (Liver doctor): _____

Número de teléfono: _____

NEFROLOGÍA/UROLOGÍA (riñones/vejiga/uréteres/uretra)

- Infecciones frecuentes de la vejiga
- Historial de infecciones de los riñones
- Cálculos renales
Si es así, ¿cuándo _____
- Historial de próstata agrandada
- Historial de cirugías de la vejiga
Si es así, ¿cuándo? _____

¿Le han extraído uno de los riñones? Sí No
Si es así, ¿cuál riñón? DERECHO IZQUIERDO
 AMBOS
¿Por qué? _____

Otros problemas/cirugías/pruebas o exámenes recientes que ha tenido relacionados con los riñones, la vejiga, los uréteres o la uretra: _____

Urologist (Doctor for bladder/ureter/urethra/prostate): _____

Número de teléfono: _____

GINECOLOGÍA (senos/órganos de la mujer)

- ¿Se ha hecho una histerectomía (extracción quirúrgica del útero)?
- Papanicolaou anormal
- Historial de bultos o masas en los senos
- Mamografía anormal
- Historial de biopsias del seno

Fecha del último Papanicolaou: _____

Fecha de la última mamografía: _____

¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____

¿Cuántos abortos naturales ha tenido? _____

Otros problemas/cirugías/pruebas o exámenes recientes que ha tenido relacionados con los órganos de la mujer _____

Ginecólogo (médico de la mujer): _____

Número de teléfono: _____

NEUROLOGÍA (cerebro y médula espinal)

- Dolores de cabeza
- Lesión cerebral
- Convulsiones
- Derrame cerebral
- Daño de la columna espinal

Otros problemas/cirugías/pruebas o exámenes recientes que ha tenido relacionados con el cerebro o la médula espinal _____

Ginecólogo (médico de la mujer): _____

Número de teléfono: _____

ENDOCRINOLOGÍA (diabetes o tiroides)

- Diabetes de tipo 1; edad durante el diagnóstico _____
- Diabetes de tipo 2; edad durante el diagnóstico _____
- Nódulos/masas en la tiroides
- Tiroides extraída quirúrgicamente

Hospitalizaciones relacionadas con la diabetes (Indique la fecha/el nombre del hospital y los problemas que hicieron que fuera hospitalizado). _____

Endocrinólogo (médico de la diabetes/tiroides): _____

Número de teléfono: _____

MUSCOLOESQUELÉTICO

- Artritis
- Dolor en las articulaciones
- Hinchazón en las articulaciones
- Huesos fracturados
- Osteoporosis

HEMATOLOGÍA/ONCOLOGÍA/REUMATOLOGÍA

- Historial de problemas de sangrado
- Hemofilia
- Anemia depreanocítica
- Amiloidosis
- Lupus eritematoso diseminado
- Vasculitis
- Enfermedad de Goodpasture
- Historial de cáncer
¿Qué tipo? _____
¿Qué tratamiento recibió? _____

¿Cuándo se diagnosticó el cáncer? _____

La fecha del último tratamiento fue _____

¿Alguna vez le han administrado una transfusión de sangre? Sí No

Otros problemas/cirugías/pruebas o exámenes recientes que ha tenido relacionados con un problema de la sangre o por cáncer: _____

Hematólogo/Oncólogo: _____

Número de teléfono: _____

Reumatólogo: _____

Número de teléfono: _____

ENFERMEDADES INFECCIOSAS (VIH)

- Tiene VIH? Sí No
- Si es así, duración del tratamiento para el VIH: _____
- ¿No es posible detectar la cantidad de virus presente en su cuerpo? Sí No
- Médico que lo atiende para el tratamiento del VIH: _____

Número de teléfono: _____

DERMATOLOGÍA

- Tiene algún trastorno enfermedad de la piel? Sí No
- ¿Qué tipo? _____
- Dermatólogo: _____
- Número de teléfono: _____

PSICOLÓGICO (mental/social)

- Historial de enfermedad mental
- Historial de abuso de alcohol/sustancias
- Ansiedad
- Depresión
- Psiquiatra/Psicólogo: _____
- Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Tiene problemas frecuentes con el acceso de la diálisis? Si No

Otros problemas médicos: _____

¿Ha tenido alguna cirugía (que no se indicó previamente)? Si No

Si es así, indíquelas _____

¿Ha tenido alguna complicación a causa de la anestesia o alguna cirugía? Si No

Si es así, indíquela _____

¿Está dispuesto a recibir productos de la sangre si fuera necesario durante el trasplante? Si No

¿Estuvo hospitalizado en algún momento en el último año? Si No

Si es así, indíquelos _____

CONSIDERACIONES ESPECIALES

¿Tiene alguna preocupación / temor con respecto a un trasplante? _____

¿Qué podemos hacer para ayudarlos con esas preocupaciones / temores? _____

