

Methodist Dallas Medical Center Solicitud Para Ser Recipiente de Trasplante de Órgano(s)

Todas las páginas deben ser completadas y firmadas para poder procesar su solicitud. Si su solicitud está incompleta, será devuelta, lo cual atrasará el proceso de aprobación.

Si necesita ayuda (en los Estados Unidos) para completar esta solicitud, favor de llamar al 214-358-2300.

En Puerto Rico, favor de llamar al 787-763-0104 (San Juan) o al 787-834-5445 (Mayagüez).

Solicitud para (marque el órgano para el cual solicita):

Página 1 de 3

Riñón Páncreas Hígado

Fuente de posible donante:

Vivo relacionado Vivo no relacionado Donante fallecido

¿Quién le refirió al programa de Methodist?

Médico Seguro Médico Usted mismo(a) Otra Persona

INFORMACIÓN ACERCA DEL MÉDICO

Nombre de su Nefrólogo o Hepatólogo: _____ Teléfono: () _____

Dirección: _____

Médico Principal: _____ Teléfono: () _____

Dirección: _____

¿Quiere que hablemos con su médico por teléfono? Sí No

INFORMACIÓN ACERCA DEL PACIENTE

Nombre: _____ Núm. SS: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre (Nombre de Soltera) Seguro Social

Dirección: _____
Dirección Postal Núm. Apt.

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: () _____ Teléfono Móvil: () _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____ Sexo: _____
Mes Día Año

Religión: _____ Raza: _____

Estado Civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Lugar de Trabajo: _____ Teléfono de Trabajo: () _____

Tipo de Trabajo: Tiempo Completo Tiempo Parcial Jubilado(a) Incapacitado(a)

¿Ciudadano americano? Sí No Si "no," ¿de qué país? _____

¿El paciente habla inglés? Sí No Si "no," ¿cuál idioma? _____

INFORMACIÓN DE ESPOSO(A)/PADRES (SI PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

Nombre: _____ Seguro Social: _____

Relacion con Paciente: _____

Empleador: _____ Teléfono de Trabajo: () _____

Otra Persona que Se Puede Contactar:

Nombre: _____ Teléfono: () _____

Relacion con Paciente: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Núm. MEDICARE: _____ Fecha Vigente: ____ / ____ / ____

Medicare por (marque uno): Enfermedad del Riñón Edad

Incapacidad de Seguro Social: _____

Núm. MEDICAID: _____ Fecha Vigente: ____ / ____ / ____

Residentes de Tejas sólo

Núm. Texas Kidney Healthcare: _____

PRIMERA COMPAÑÍA ASEGURADORA

HMO PPO POS Indemnidad Fecha Vigente: ____ / ____ / ____

Nombre de la Compañía Aseguradora: _____

Nombre del Grupo/Empleado: _____

Núm. de Grupo: _____ Núm. de Póliza: _____

Teléfono Aseguradora: () _____

Dirección de la Compañía Aseguradora: _____

Nombre de Persona Asegurada: _____

Relación con Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: ____ / ____ / ____

Núm. SS de la Persona Asegurada: _____ Otro Núm. de Identificación: _____

SEGUNDA COMPAÑÍA ASEGURADORA

HMO PPO POS Indemnidad Fecha Vigente: ____ / ____ / ____

Nombre de la Compañía Aseguradora: _____

Nombre del Grupo/Empleado: _____

Núm. de Grupo: _____ Núm. de Póliza: _____

Teléfono Aseguradora: () _____

Dirección de la Compañía Aseguradora: _____

Nombre de Persona Asegurada: _____

Relación con Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: ____ / ____ / ____

Núm. SS de la Persona Asegurada: _____ Otro Núm. de Identificación: _____

II. GENERAL

De las siguientes favor indicar las que apliquen a su condición de salud en los pasados seis meses:

Aumento de peso	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pérdida de peso	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Escalofríos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sudoración en la noche	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

III. OJOS, OIDOS, NARIZ, Y CUELLO

Marque la que aplique....

Retinopatía diabética	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ceguera	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Glaucoma	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sordera/Pérdida Audición	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Indique cualquier otra condición tales como: alergias, cirugías, estudios recientes con su vista, oídos, nariz y/o garganta:

IV. PULMONES

Marque la que aplique...

Tuberculina	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Historial de Tuberculina positiva	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Historial placa de pecho anormal	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Bronquitis Crónica	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Asma	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Efisema/COPD	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Historial masas o nódulos en pulmón	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Historial cáncer pulmonar	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Cualquier otra condición/cirugías/ estudios pulmonar recientes :

Nombre del Neumólogo: _____

Número telefónico : _____

V. CARDIACO (corazón)*Marque la que aplique...*

Hipertensión/Alta presión sanguínea	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Acumulación excesiva de líquidos/Fallo cardíaco congestivo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfermedad Coronaria Arterial/Enfermedad del corazón	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ataque Cardíaco	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Marcapaso	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cirugía del corazón/CABG	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Reparación de Válvula	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Angioplastia/PTCA	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Circulación pobre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolor en las piernas cuando camina	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ulceras en los pies	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Amputaciones	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
"Bypass" extremidades inferiores	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Cualquier otra condición/cirugías/ estudios cardíacos recientes:

Nombre del cardiólogo: _____

Número teléfono : _____

VI. GASTROENTEROLOGÍA (abdómen/intestinos/hígado/estómago)*Marque la que aplique...*

Historial de Hepatitis B	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Vacunado con Hepatitis B?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Historial de Hepatitis C	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Úlcera Estomacal	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Úlcera Intestinal	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Historial de Pólipos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Historial de Sangre en Excreta	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Divertícolis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Historial de vómitos con sangre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problema en el Esófago	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Historial problemas Intestinales	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Sometido a colonoscopia(endoscopia baja)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____		
¿Sometido a EGD(endoscopia superior)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Cualquier otra condición/cirugías/exámenes recientes relacionados con su abdomen, intestinos, hígado y/o estómago:

Gastroenterólogo(médico para abdomen, estómago, hígado y o estómago: _____

Número Teléfono: _____

VII. NEFROLOGO/UROLOGO(riñón/vecícula/ureter/uretra) *Marque la que aplique...*

Infecciones Recientes de Vesícula Sí No

Historial Infecciones del riñón Sí No

Piedra en los Riñones Sí No

Historial Próstata Agrandada Sí No

Historial Cirugías de Vesícula Sí No

Si contestó sí, ¿por qué? _____

Nefrectomía Sí No

¿Cuál riñón? Derecho Izquierdo Ambos

Razón _____

Problemas adicionales/cirugías/estudios recientes relacionados a los riñones, vesícula, ureter, y/o uretra: _____

VIII. GINECOLOGÍA(Órganos Femeninos)

¿Cuántos embarazos? _____

¿Cuántos hijos vivos tiene? _____ Muertos _____

¿Cuántos abortos ha tenido? _____

¿Ha tenido una histerectomía? (remoción de matriz) Sí No

Si contestó sí, indique razón _____

Fecha último papanicolau _____

¿Papanicolau con resultado positivo? Sí No

Si contestó sí, indique resultado _____

Historial de masas o lesiones de mamas Sí No

Fecha última mamografía _____

¿Mamografía con resultados positivos? Sí No

Contestó sí, indique resultado _____

Tratamiento recibido _____

Historial biopsia de mamas Sí No

Problemas adicionales/cirugías/estudios recientes relacionados a órganos femeninos: _____

Nombre Ginecólogo: _____

Número telefónico : _____

IX. MÚSCULOESQUELETAL

Marque la que aplique...

Artritis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolor en las Coyunturas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Huesos Rotos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Osteoporosis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hinchazón en las Coyunturas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

X. NEUROLOGIA(Cerebro y Espina Dorsal)

Marque la que aplique...

Dolor de Cabeza	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Fracturas en la Cabeza	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Convulsiones (fechas ocurridas y causas)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

CVA (Derrame Cerebral)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Lesión Espina Dorsal	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Paraplégico	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cuadraplégico	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Problemas adicionales/cirugías/estudios recientes relacionados al cerebro o espina dorsal:

Neurólogo: _____

Número Telefónico: _____

XI. ENDOCRINÓLOGO(Diabetes o Tiroides)

Marque la que aplique...

Diabetes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
----------	-----------------------------	-----------------------------

Indique a que edad _____

¿Tratamiento con Insulina?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Nombre Medicamento _____ Dosis _____

¿Tratada con Medicamentos Orales?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Nombre Medicamento _____ Dosis _____

¿Hospitalización a causa de la diabetes?(Indique fecha/nombre del hospital/y razones de la hospitalización).

Tiroides Nódulos/masas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
------------------------	-----------------------------	-----------------------------

¿Tiroidectomía/(remoción de las tiroides)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	-----------------------------

Indique cuándo fue la cirugía y por qué fue necesario _____

Endocrinólogo: _____
Número Teléfono _____

XII. HEMATOLOGÍA/ONCOLOGIA/REUMATOLOGIA (Sangre/Cáncer)

Marque la que aplique...

Historial de Acceso para Diálisis/Coagulación Frecuente en el Cateter

Sí No

Problemas de Sangrado

Sí No

Problemas de Coagulación

Sí No

Hemofilia

Sí No

Anemia

Sí No

Amyloidosis

Lupus Eritematosus Sistemático

Sí No

Vasculitis

Sí No

Historial de Cáncer

Sí No

¿Qué tipo? _____

Tratamiento _____

¿Cuándo se diagnosticó el cáncer? _____

Fecha del último tratamiento _____

¿Historial de cáncer en la familia? Sí No

Si contestó sí, indique parentesco y tipo de cáncer _____

¿Ha recibido transfusiones de sangre? Sí No

Cantidad de transfusiones _____

Fecha última transfusión _____

¿Dónde recibió la transfusión de sangre? _____

Problemas adicionales/cirugías/estudios recientes relacionados a problemas en la sangre o cáncer: _____

Nombre de Hematólogo/Oncólogo/Reumatólogo: _____

Número Teléfono _____

XIII. PSICOLOGICO(Mental/social)

Marque la que aplique...

Historial Enfermedades Mentales

Sí No

Historial Abuso Substancias y Alcohol

Sí No

Favor describir brevemente esos problemas: _____

Nombre Psiquiatra o Psicólogo _____

Número Teléfono: _____

XIV. Historial Familiar

	Edad	Problemas Médicos	Causa de muerte/edad al morir
Padre	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Hermanas	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Hijos	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Hijas	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Indique si algún pariente padece cualquiera de las siguientes:

Enfermedad Parentesco

- Diabetes _____
- Enfermedades cardíacas/Derrames _____
- Alta Presión Sanguínea _____
- Enfermedad Renal _____
- Cáncer Maligno _____
- Tuberculosis _____
- Dependencia Substancias Químicas _____
- Otras _____

Hábitos de Salud

- ¿Acualmente Fuma? Sí No Cantidad _____
- ¿Ha fumado alguna vez? Sí No
- Fecha en que dejo de fumar _____
- ¿Por cuánto tiempo estuvo fumando? _____
- ¿Usuario de drogas ilegales? Sí No
- ¿Cuántas comidas consume al día? _____
- ¿Cuántas tazas de café consume al día? _____
- ¿Cuántas tazas de té consume al día? _____
- ¿Cuántas bebidas cafeinadas al día? _____
- Cantidad de bebidas alcoholicas al día _____

INFORMACION OCUPACIONAL

Ocupación: _____

- ¿Actualmente trabaja? Sí No
- ¿Trabaja a tiempo completo? Sí No ¿cuántas horas al día? _____
- ¿Trabaja a tiempo parcial? Sí No ¿cuántas horas al día? _____
- ¿Podemos contactarlo en su trabajo? Sí No
- ¿Es su trabajo estresante? Sí No Adentro Afuera
- ¿Requiere levantar objetos pesados? Sí No

XV. INFORMACIÓN ADICIONAL

Indique cualquier problema médico que no haya sido mencionado previamente en este historial de salud:

Indique cualquier procedimiento quirúrgico no mencionado previamente en este historial de salud:

Indique cualquier hospitalización no mencionada previamente en este historial de salud:

XVI. MEDICAMENTOS

<u>Nombre medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>¿Cuándo toma ese medicamento?</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Alérgias: _____

- XVII. ¿Está interesado en la donación de riñón vivo? Sí No
- ¿Algún familiar o amigo se ha ofrecido en donarle un órgano? Sí No

Firma de la persona que completó este historial: _____

Fecha _____