



Baylor Scott & White

ANNETTE C. AND HAROLD C. SIMMONS  
TRANSPLANT INSTITUTE

BAYLOR UNIVERSITY MEDICAL CENTER – DALLAS  
BAYLOR SCOTT & WHITE ALL SAINTS MEDICAL CENTER – FORT WORTH

## 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  Longview  
 Fort Worth  Lubbock  Amarillo

<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>		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:	

<b>INFORMACIÓN DE MEDICARE/MEDICAID</b>			(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:		

<b>INFORMACIÓN DE SEGURO</b>		
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:	

<b>INFORMACIÓN ADICIONAL</b>		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 Scott & White All Saints Medical Center – Fort Worth (FW), 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 FW, BUMC y DTI. Autorizo a FW, 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 FW, BUMC y DTI para la investigación y defensa de una demanda o causa de acción, actual o potencial, que se asevere o se pueda aseverar contra FW, BUMC y DTI o contra cualquier miembro del personal médico y de la plantilla de FW, 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 FW, BUMC y DTI. Autorizo además a que se divulgue esta información a los proveedores de atención médica asociados con mis cuidados fuera de FW, BUMC y DTI para facilitar aún más los servicios de atención médica.

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

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

Las direcciones para las solicitudes de Baylor Scott y White Annette C. y Harold C. Simmons Transplant Institute son:

**Para Dallas and Longview:**  
Dallas Transplant Institute  
Attention: Pre-Transplant Dept.  
1420 Viceroy Drive, Dallas, TX 75235  
Ph: 214.358.2300 • Fax: 214.366.6088

**Para Fort Worth, Lubbock and Amarillo:**  
Baylor Scott & White All Saints Medical Center - Fort Worth  
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:**

<b>Enfermedad</b>	<b>Parentesco que guarda con usted</b>
<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?  Sí  No

Otros problemas médicos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Si es así, indíquelas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Si es así, indíquela \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

¿Estuvo hospitalizado en algún momento en el último año?  Sí  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? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_