



INSTITUTO DE TRANSPLANTES DE DALLAS
SOLICITUD DE DONANTES VIVIENTES
HISTORIAL MÈDICO

Favor enviar por correo o fax a:
Dallas Transplant Institute
Pre-Transplant Group
1420 Viceroy Drive
Dallas, TX 75235
Fax: (214) 366-6088

Nombre del Donante _____ . S.S. _____
Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo. M ___ F ___
Dirección _____
Ciudad/Estado/Código Postal _____
Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____
Teléfono del trabajo _____ ¿Podemos llamarlo al su trabajo? Sí ___ No ___
Otros números de teléfono _____
Nombre de contacto de emergencia y teléfono _____
Casado(a) ___ Soltero(a) ___ Divorciado(a) ___ Viudo(a) ___ Separado(a) ___
¿Habla Inglés? Sí ___ No ___ Si negativo, ¿qué otro idioma habla? _____
Raza (marque uno): ___Blanco ___Negro ___Asiático ___Indio Americano/Esquimal/ALEU
___Nativo Hawaiano/Isleño del Pacifico ___Otro
Origen Ètnico(marque uno): ___Hispano ___No Hispano

POSIBLE DONANTE PARA _____

Su parentesco con el recipiente _____
¿Hace cuanto tiempo que conoce al recipiente? _____
¿Porque desea realizar la donación a éste recipiente? _____
Si imposibilitado de donar debido al tipo de sangre o temas de incompatibilidad, ¿le interesaría obtener información acerca de un programa de intercambio apareado? Sí ___ No ___

MEDICAMENTOS

Anote a continuación todos los medicamentos que toma (incluyendo las dosis y su frecuencia)

Favor anotar otros medicamentos que toma y que no requieren de receta médica (como Tylenol o Advil) y complementos herbales y o vitaminas que toma en la actualidad) _____

Alergias _____

Ocupación e Historial Social

¿Cuál es su actividad de trabajo? _____
¿Trabaja Ud. actualmente? Sí ___ No ___ Impedido ___ Jubilado ___
¿Trabaja a tiempo completo? Sí ___ No ___ ¿A tiempo parcial? Sí ___ No ___
¿Cuántas horas trabaja por día? _____ Es su trabajo del tipo estresante Sí ___ No ___
Al exterior ___ Al interior ___ ¿Se requiere que levante objetos pesados? Sí ___ No ___
¿Cuenta con un seguro de salud? Sí ___ No ___
¿Cuáles son los mejores días y horas para programar citas? _____

¿Fuma actualmente? Sí ___ No ___ Si acaso fuma, ¿cuántos paquetes por día? _____
¿Desde cuándo fuma? _____ ¿Cuándo dejó de fumar? _____

¿Ha fumado alguna vez? Sí ___ No ___ Si su respuesta es afirmativa, ¿cuántos paquetes diarios? _____
¿Cuánto tiempo fumó Ud.? _____ ¿Cuándo dejó de fumar? _____

¿Ha usado alguna vez drogas ilegales? Sí ___ No ___
¿Qué tipo de drogas ha usado? _____
¿Dónde usó drogas la última vez? _____

¿Cuántas veces come por día? _____
¿Cuántas tazas de café ingiere por día? _____ ¿Cuántas tazas de té? _____
Otras bebidas con cafeína que ingiere (gaseosas, bebidas que energizan) _____ por día

¿Consume actualmente bebidas alcohólicas? Sí ___ No ___
¿Cuántos vasos de bebidas alcohólicas consume por día? _____ ¿Por semana? _____
¿Cuándo fue la última vez que consumió bebidas alcohólicas? _____

Si se lo aprueba como donante:

¿Quién lo acompañará al hospital para hacer la donación? _____
¿Dónde se hospedarán luego de ser dado de alta del hospital? _____
¿Quién lo ayudará luego de retornar a su casa? _____

HISTORIAL FAMILIAR

	<u>Edad</u>	<u>Problemas de salud</u>	<u>Causa fallecimiento/Edad fallecimiento (Si acaso fallecido)</u>
Padre	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Hermanas	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Hijos	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Hijas	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Indicar si cualquier pariente consanguíneo suyo ha tenido cualquiera de las siguientes enfermedades:

<u>Enfermedad</u>	<u>Parentesco con usted</u>
<input type="radio"/> Diabetes	_____
<input type="radio"/> Enfermedad Cardíaca	_____
<input type="radio"/> Ataque Cardíaco	_____
<input type="radio"/> Presión Arterial Alta	_____
<input type="radio"/> Enfermedad Renal	_____
<input type="radio"/> Cáncer Maligno	_____
<input type="radio"/> Tuberculosis	_____
<input type="radio"/> Dependencia Química	_____
<input type="radio"/> Lupus Eritematoso Sistémico	_____
<input type="radio"/> Otros	_____

INFORMACIÓN ADICIONAL

Nombre, dirección y teléfono de su médico de cabecera. Dr. _____

¿Tuvo alguna enfermedad grave siendo niño(a)? Sí ___ No ___
Si afirmativo, favor explicar _____

¿Contrajo alguna de las siguientes enfermedades?
Paperas Sí ___ No ___ Sarampión Sí ___ No ___
Viruela Sí ___ No ___ Fiebre Reumática Sí ___ No ___
Mononucleosis Sí ___ No ___

¿Viaja Ud. al exterior de los EE.UU.:? Sí ___ No ___
Si afirmativo, ¿cuándo y dónde? _____

Otros problemas médicos _____

¿Ha tenido alguna cirugía? Sí ___ No ___
Si afirmativo, descríbalas _____

¿Tuvo complicaciones con la anestesia aplicada en las cirugías? Sí ___ No ___
Si afirmativo, describa su naturaleza _____

¿Estuvo hospitalizado por otras razones? Sí ___ No ___
Si afirmativo, indique la razón _____

¿Está dispuesto a recibir transfusiones de productos sanguíneos de ser necesario al momento de realizar la donación? Sí ___ No ___

GENERALIDADES

Su altura es: _____ Su peso actual es: _____
¿Es este su peso normal? Sí ___ No ___

¿Tuvo alguna vez una cirugía para perder el peso (bypass gástrico u otros)? Sí ___ No ___
Si afirmativo, ¿cuándo tomó lugar? _____ ¿Cuánto peso perdió? _____

Por favor indicar cuál de los siguientes aplican a su condición de salud en los últimos 6 meses:

Aumento de Peso	Sí ___ No ___
Pérdida de Peso	Sí ___ No ___
Fiebre	Sí ___ No ___
Escalofríos	Sí ___ No ___
Traspiración nocturna	Sí ___ No ___

OJOS, NARÍZ Y GARGANTA

Indique lo que se aplique a usted:

Ceguera	Sí ___ No ___
Sordera, pérdida Auditiva	Sí ___ No ___
Infecciones de sinusitis	Sí ___ No ___

Médico Otorrinolaringólogo _____ Número de teléfono _____

PULMONAR (Pulmones)

Indique lo que se aplique a usted:

Tuberculosis	Sí ___ No ___
Bronquitis	Sí ___ No ___
Asma	Sí ___ No ___
Pecho Silbante	Sí ___ No ___
Apnea del Sueño	Sí ___ No ___
¿Usa sistemas de CPAP (Presión Continua Posicionada para Aire)?	Sí ___ No ___
Falta de aire	Sí ___ No ___
Tos con Sangre	Sí ___ No ___
Historial de masas pulmonares, quistes o cáncer pulmonar	Sí ___ No ___

Médico Pulmonar _____ Número de Teléfono _____

CARDIOLOGÍA (Corazón)

Indique lo que se aplique a usted:

Presión Sanguínea Alta	Sí ___ No ___
Enfermedad Cardíaca	Sí ___ No ___
Ataque al Corazón	Sí ___ No ___
Marcapasos	Sí ___ No ___
Cirugía Coronaria	Sí ___ No ___
Palpitaciones del Corazón	Sí ___ No ___

Médico Cardiólogo _____ Número de teléfono _____

Indique lo que se aplique a usted:

GASTROENTEROLOGÍA (Abdomen, intestinos, hígado y estómago)

Historial de Hepatitis Sí ___ No ___
Úlcera al estómago o intestinos Sí ___ No ___
Historial de heces con sangre Sí ___ No ___
Historial de cálculos (piedras) o problemas en la vesícula Sí ___ No ___
Diverticulosis Sí ___ No ___
Historial de vómitos con sangre Sí ___ No ___
Problemas con el esófago Sí ___ No ___
Historial de diarrea Sí ___ No ___ Historial de estreñimiento Sí ___ No ___
¿Lo sometieron alguna vez a una colonoscopia? (endoscopia baja) o EGD (alta) Sí ___ No ___
¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____
¿Problemas gastrointestinales adicionales o cirugías, o le hicieron pruebas recientes? _____
Médico del abdomen, estómago, hígado o de los intestinos _____
Número de teléfono _____

UROLOGÍA RENAL (Riñones, vejiga, uréter y uretra)

Indique lo que se aplique a usted:

Infecciones renales frecuentes Sí ___ No ___
Orinado doloroso Sí ___ No ___
Dificultad para orinar Sí ___ No ___
Sangre en su orina Sí ___ No ___
Proteínas en su orina Sí ___ No ___
Frecuencia en orinar Sí ___ No ___
Pérdida del control de la vejiga Sí ___ No ___
Historial de infecciones renales Sí ___ No ___
Historial de cálculos (piedras) renales Sí ___ No ___
 Si afirmativo, ¿cuándo? _____
Historial de próstata inflamada (hinchada) Sí ___ No ___
Historial de cirugías de vejiga Sí ___ No ___
 Si afirmativo, ¿cuándo? _____
Historial de cualquier lesión o trauma a sus riñones Sí ___ No ___
Urólogo (Doctor de la vejiga, uréter y uretra) _____
Número de teléfono _____

GINECOLOGÍA (Senos y órganos femeninos)

Fecha de su última prueba de Papanicolaou _____ Fecha de su última mamografía _____
Número de veces que quedó embarazada _____
Número de hijos vivos que tuvo _____
¿Cuántos abortos naturales tuvo? _____
¿Tuvo la presión arterial elevada durante su embarazo? Sí ___ No ___
¿Tuvo el azúcar de la sangre elevada durante su embarazo? Sí ___ No ___
¿Tuvo una histerectomía? (Extirpación quirúrgica del útero) Sí ___ No ___
 Si afirmativo, ¿por qué? _____
¿Tuvo alguna vez una prueba de Papanicolaou anormal? Sí ___ No ___
 Si afirmativo, ¿cuál fue el problema? _____
¿Tuvo alguna vez una mamografía anormal? Sí ___ No ___
 Si afirmativo, ¿cuál fue el problema? _____
 Tratamiento empleado en mamografías anormales _____
¿Tiene un historial de biopsias de mama?

Ginecólogo (Doctor para mujeres) _____ Número de teléfono _____
Doctor de senos _____ Número de teléfono _____

MUSCULAR Y OSEO

Indique lo que se aplique a usted:

Artritis Sí ___ No ___
Dolores o hinchazón de coyunturas Sí ___ No ___
Huesos fracturados Sí ___ No ___
Osteoporosis Sí ___ No ___

NEUROLOGÍA (Cerebro y espina dorsal)

Indique lo que se aplique a usted:

Dolores de cabeza Sí ___ No ___
Traumas a la cabeza Sí ___ No ___
Convulsiones Sí ___ No ___
Dolor de espalda Sí ___ No ___
Neurólogo (Doctor del cerebro) _____ Número de teléfono _____

ENDOCRINOLOGÍA (Diabetes o tiroides)

Indique lo que se aplique a usted:

¿Tiene diabetes? Sí ___ No ___
¿A qué edad se la diagnosticaron? _____
¿Tiene problemas con la tiroides? Sí ___ No ___
Endocrinólogo (Doctor para diabetes y tiroides) _____ Número de teléfono _____

Indique lo que se aplique a usted:

HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA y REUMATOLOGÍA (Cáncer a la sangre)

Historial de hemorragias Sí ___ No ___
Historial con dificultades de coagulación Sí ___ No ___
Hematomas frecuentes (moretones) Sí ___ No ___
Coágulos en las piernas o en los pulmones Sí ___ No ___
Sangrados frecuentes de nariz Sí ___ No ___
¿Tiene artritis? Sí ___ No ___
¿Tiene lupus eritematoso sistémico? Sí ___ No ___
¿Tiene un historial de cáncer? Sí ___ No ___
Si afirmativo, ¿de qué tipo? _____
¿Cuándo fue diagnosticado su cáncer? _____
¿Qué tratamiento fue empleado? _____ Fecha del último tratamiento _____
¿Tuvo alguna vez una transfusión de sangre? Sí ___ No ___
Número total de transfusiones _____ Fecha de la última transfusión _____
Hematólogo, Oncólogo, Reumatólogo _____ Número de teléfono _____

Sicológico (Mental y social)

Indique lo que se aplique a usted:

Historial de enfermedades mentales Sí ___ No ___
Ansiedad Sí ___ No ___
Depresión Sí ___ No ___
¿Ha tratado de suicidarse alguna vez? Sí ___ No ___
Historial de alcoholismo o de Abuso de Drogas Sí ___ No ___
¿Ha sido encarcelado alguna vez? Sí ___ No ___
Siquiatra o Sicológico _____ Número de teléfono _____

Firma del Posible Donante _____ Fecha _____

DONANTE VIVIENTE
CUESTIONARIO SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE POSIBLES RIESGOS ALTOS

La Política No. 4.1.1 de UNOS, Red Unida para Compartir Órganos, (Conocimiento del Historial del Donante) requiere que el receptor de un trasplante llene los criterios de una **situación de alto riesgo**.

LAS PREGUNTAS SIGUIENTES, CORRESPONDEN A INFORMACIÓN REQUERIDA, QUE DEBEN SER CONTESTADAS ANTES DE SEGUIR ADELANTE CON EL PROCESO DEL PROGRAMA DE DONANTES VIVOS.

Estas preguntas fueron tomadas de las normas del CDC (Centro para el Control de Enfermedades) para procedimientos de alto riesgo. La donación de órganos por seres vivos es voluntaria.

USTED PUEDE DECIDIR NO CONTESTAR A LAS PREGUNTAS. POR LO TANTO, EL PROCESO DE EVALUACIÓN DEL DONANTE SERÁ CANCELADO.

Una respuesta de **“Sí”** a cualquiera de las pregunta, significa que existe una situación de **“alto riesgo”** que pueda contagiar una enfermedad (VIH, Hepatitis C, o Hepatitis B) al receptor del órgano. Se requiere que los médicos y las enfermeras que estén trabajando con usted, informen a la persona que va a recibir el órgano, sobre este riesgo. Los detalles específicos, **no serán** divulgados a no ser exista el riesgo de contagio de la enfermedad. Usted tiene el derecho de parar el proceso de donación en cualquier momento, antes de convertirse esto en una situación de alto riesgo, revelando tal cosa a la persona que recibirá el órgano o al centro de trasplantes.

Al firmar este formulario más abajo, usted declara estar informado de la existencia de cualquier situación de alto riesgo, la que será compartida con el receptor del órgano en cuestión.

Firma del Donante _____

Fecha _____ Hora _____

¿Está al presente encarcelado o en una prisión? Sí ___ No ___

¿Ha estado usted expuesto durante los últimos 12 meses a sangre infectada por el VIH, ya sea contacto con una aguja inyectable, con una herida expuesta, o sobre piel desgarrada, o con una membrana mucosa (boca, ojos)?

Sí ___ No ___

En los últimos 5 años, ¿ha usado usted inyecciones intravenosas, en sus músculos o en zonas grasas, o tomado drogas no recetadas por un médico?

Sí ___ No ___

Si usted es del sexo masculino, ¿ha tenido relaciones sexuales con otro hombre en los últimos 5 años?

Sí ___ No ___ No Aplicable ___

En los últimos 5 años, ¿ha tenido usted relaciones sexuales a cambio de dinero o de drogas?

Sí ___ No ___

¿Ha tenido usted relaciones sexuales en los últimos 12 meses con cualquier persona que haya contestado positivamente a las preguntas anteriores o con cualquiera que se conozca de habersele determinado como portador probado positivo de VIH?

Sí ___ No ___

Revisado por: _____

Coordinador de Pre Trasplante