

UT Southwestern
Solicitud e Historial del
Receptor de Trasplante de Riñón

UT Southwestern
Kidney Transplantation Application
and Recipient History

5939 Harry Hines Blvd.
POB 2, Suite 700
Dallas, TX 75390-9258
Teléfono de la Clínica: 214-645-1919
Fax: 214-645-1901

UT Southwestern Medical Record #: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre Completo: _____ Apellido de Soltera: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____ Raza: _____ Estado Civil: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Número de Teléfono en Casa: _____ Número de Teléfono en el Trabajo: _____

Número de Teléfono Celular: _____ Otro: _____

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Sí No De ser negativa su respuesta, indique cuál es su país de origen: _____

¿Es usted residente legal? Sí No ¿En cuál idioma prefiere comunicarse? _____

Número de Licencia de Conducir: _____ Estado: _____

Alergias (Incluya el tipo de reacción observado): _____

PESO: _____ lbs. (_____ Kg) ESTATURA: _____ pies _____ pulgadas (_____ mt. _____ cm.)

Contacto en Caso de Emergencia: _____ Parentesco: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____

Médico que lo Remite: _____ Número de Teléfono: _____

Centro de Diálisis: _____ Número de Teléfono: _____

¿Cuál de los centros de UT Southwestern prefiere? Dallas Fort Worth Richardson

¿Conoce usted a algún posible donante? Sí No De ser positiva su respuesta, indique si y cómo podemos proporcionarle, a esa persona, una solicitud para donantes vivos.

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO

Compañía de Seguro Principal: _____ Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Número de Seguro Social del Asegurado: _____

Dirección de la Compañía de Seguro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____

Número de la Póliza de Seguro: _____ Número del Grupo: _____ Fecha de Elegibilidad: _____

Compañía de Seguro Secundario: _____ Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Número de Seguro Social del Asegurado: _____

Dirección de la Compañía de Seguro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____

Número de la Póliza de Seguro: _____ Número del Grupo: _____ Fecha de Elegibilidad: _____

UT Southwestern
Solicitud e Historial del
Receptor de Trasplante de Riñón

UT Southwestern
Kidney Transplantation Application
and Recipient History

5939 Harry Hines Blvd.
POB 2, Suite 700
Dallas, TX 75390-9258
Teléfono de la Clínica: 214-645-1919
Fax: 214-645-1901

UT Southwestern Medical Record #: _____

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

- 100% sin quejas y en capacidad total de realizar su actividades normales
- 90% actividad normal, con leves signos o síntomas de enfermedad
- 80% actividad normal, con esfuerzo y algunos signos o síntomas de enfermedad
- 70% capacidad para cuidar de sí mismo, no puede realizar sus actividades normales
- 60% requiere ocasionalmente de asistencia, pero puede satisfacer ciertas necesidades
- 50% requiere considerablemente de asistencia y frecuente atención médica
- 40% incapacitado, requiere de asistencia y atención especial
- 30% gravemente incapacitado, con hospitalización, la muerte no es inminente
- 20% sumamente enfermo, necesita hospitalización
- 10% moribundo, pronto a fallecer
- Desconocido

NIVEL DE CAPACIDAD FÍSICA

- Sin limitaciones
- Con capacidad de movilización limitada
- Requiere silla de ruedas
- Desconocido
- No se aplica al caso, está hospitalizado

EDUCACIÓN

Indique cuál fue el último grado de educación que cursó: _____

Marque con una "X" el recuadro que mejor describa su situación actual:

- Estudiante de tiempo completo
- Estudiante a medio tiempo
- Estudiante a medio tiempo por razones de salud
- No estudia por decisión propia
- No estudia por razones de salud

EMPLEO

¿Trabaja usted actualmente? Sí No

¿Trabaja usted? Tiempo completo Medio tiempo

Ocupación o Cargo: _____ Empresa para la cual trabaja; _____

¿Realiza usted labores físicamente extenuantes en el trabajo?

Sí No

De ser positiva su respuesta, explique: _____

Si no está trabajando, es por:

- Estar discapacitado
- No poder encontrar empleo
- Estar jubilado- por decisión del paciente
- Tener conflictos de seguro
- Ser ama de casa – por decisión de la paciente
- Otras razones – por decisión del paciente
- Demandas de tratamiento
- Ser estudiante a tiempo completo o medio tiempo por decisión del paciente

UT Southwestern
Solicitud e Historial del
Receptor de Trasplante de Riñón

UT Southwestern
Kidney Transplantation Application
and Recipient History

5939 Harry Hines Blvd.
POB 2, Suite 700
Dallas, TX 75390-9258
Teléfono de la Clínica: 214-645-1919
Fax: 214-645-1901

UT Southwestern Medical Record #: _____

NEFROLOGÍA (RIÑÓN)

Nombre del Nefrólogo: _____ Número de Teléfono: _____

Tipo de Diálisis que Recibe: Hemodiálisis Diálisis Peritoneal Hemodiálisis en Casa No Recibe Diálisis Aún

Días en que Recibe Diálisis: Lunes, Miércoles, Viernes Martes, Jueves, Sábado Turno: 1ro 2do 3ro

Fecha en la cual recibió el primer tratamiento de diálisis: _____

¿Lo han evaluado para recibir un trasplante en otro centro médico? Sí No

¿Se encuentra actualmente en una lista de espera para recibir trasplante? Sí No

De ser positiva su respuesta, indique el nombre del centro médico de trasplantes: _____ Número de Teléfono: _____

¿Ha recibido un trasplante anteriormente? Sí No Indique el lugar y fecha: _____

¿Le han realizado una biopsia de riñón anteriormente? Sí No Indique el lugar y fecha: _____

¿Ha experimentado un cambio drástico en cuanto a su peso (aumento o pérdida considerable) en los últimos dos años? Sí No

Enumere cualquier complicación adicional así como cirugías o exámenes recientemente realizados de los riñones: _____

NEUROLOGÍA (CEREBRO)

Nombre del Neurólogo: _____ Número de Teléfono: _____

Marque el recuadro correspondiente si ha presentado los siguientes síntomas:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Lesiones a la espalda |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda |
| <input type="checkbox"/> Lesiones a la cabeza | <input type="checkbox"/> Confusión |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sensación de adormecimiento |
| <input type="checkbox"/> Embolia | <input type="checkbox"/> Sensación de hormigueo |

Explique: _____

Enumere cualquier complicación adicional así como cirugías o exámenes recientemente realizados del cerebro o columna vertebral: _____

UT Southwestern
Solicitud e Historial del
Receptor de Trasplante de Riñón

UT Southwestern
Kidney Transplantation Application
and Recipient History

5939 Harry Hines Blvd.
POB 2, Suite 700
Dallas, TX 75390-9258
Teléfono de la Clínica: 214-645-1919
Fax: 214-645-1901

UT Southwestern Medical Record #: _____

VISTA Y OTORRINOLARINGOLOGÍA (OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA)

Nombre del Especialista: _____ Número de Teléfono: _____

Marque el recuadro correspondiente si ha presentado los siguientes síntomas:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Sinusitis o infección de los senos paranasales |
| <input type="checkbox"/> Cataratas | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta crónico |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Ronquido crónico |
| <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar |
| <input type="checkbox"/> Sordera | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |

Explique: _____

Enumere cualquier complicación adicional así como cirugías o exámenes recientemente realizados a los ojos, oídos, nariz o garganta: _____

CARDIOLOGÍA (CORAZÓN)

Nombre del Cardiólogo: _____ Número de Teléfono: _____

Marque el recuadro correspondiente si ha presentado los siguientes síntomas:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Marcapasos |
| <input type="checkbox"/> Inflamación de tobillos | <input type="checkbox"/> Palpitaciones |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular (problemas de circulación) |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón | <input type="checkbox"/> Taquicardia (ritmo cardíaco acelerado) |
| <input type="checkbox"/> Dolor de pecho | <input type="checkbox"/> Edema (inflamación) |
| <input type="checkbox"/> Cirugía de corazón | <input type="checkbox"/> Cateterismo cardíaco / "stents" De ser positiva su respuesta, indique la fecha: _____ |

Lugar y fecha del centro médico donde le hayan realizado el ecocardiograma: _____

Explique: _____

Enumere cualquier complicación adicional así como cirugías o exámenes recientemente realizados al corazón: _____

UT Southwestern
Solicitud e Historial del
Receptor de Trasplante de Riñón

UT Southwestern
Kidney Transplantation Application
and Recipient History

5939 Harry Hines Blvd.
POB 2, Suite 700
Dallas, TX 75390-9258
Teléfono de la Clínica: 214-645-1919
Fax: 214-645-1901

UT Southwestern Medical Record #: _____

NEUMONOLOGÍA (PULMÓN)

Nombre del Neumólogo: _____ Número de Teléfono: _____

Marque el recuadro correspondiente si ha presentado los siguientes síntomas:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis o TB | <input type="checkbox"/> Cáncer pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPCD) |
| <input type="checkbox"/> Sibilación | <input type="checkbox"/> Enfisema pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria | <input type="checkbox"/> Tos |
| <input type="checkbox"/> Masas o nódulos pulmonares | <input type="checkbox"/> Sudoración profusa nocturna |

Fecha del último examen para detectar la tuberculosis: _____ Fecha de la última radiografía de tórax: _____

Explique: _____

Enumere cualquier complicación adicional así como cirugías o exámenes recientemente realizados a los pulmones: _____

GASTROENTEROLOGÍA / HEPATOLOGÍA (ESTÓMAGO, HÍGADO)

Nombre del Especialista: _____ Número de Teléfono: _____

Marque el recuadro correspondiente si ha presentado los siguientes síntomas:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Cambios en cuanto al apetito |
| <input type="checkbox"/> Úlceras | <input type="checkbox"/> Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Sangre en las heces fecales | <input type="checkbox"/> Paracentesis |
| <input type="checkbox"/> Vómito (sangre) | <input type="checkbox"/> Complicaciones relacionadas con la vesícula biliar |
| <input type="checkbox"/> Diverticulosis | <input type="checkbox"/> Diarrea crónica |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis hepática | <input type="checkbox"/> Estreñimiento crónico |

¿Le han realizado alguna vez una colonoscopia? Sí No Indique el nombre del centro médico y la fecha: _____

¿Le han realizado un estudio del esófago, estómago y duodeno? Sí No Indique el nombre del centro médico y la fecha: _____

¿Le han realizado alguna vez una biopsia de hígado? Sí No Indique el nombre del centro médico y la fecha: _____

Explique: _____

Enumere cualquier complicación adicional así como cirugías o exámenes recientemente realizados al estómago, intestinos o hígado: _____

UT Southwestern
Solicitud e Historial del
Receptor de Trasplante de Riñón

UT Southwestern
Kidney Transplantation Application
and Recipient History

5939 Harry Hines Blvd.
POB 2, Suite 700
Dallas, TX 75390-9258
Teléfono de la Clínica: 214-645-1919
Fax: 214-645-1901

UT Southwestern Medical Record #: _____

UROLOGÍA (VEJIGA URINARIA)

Nombre del Urólogo: _____ Número de Teléfono: _____

Marque el recuadro correspondiente si ha presentado los siguientes síntomas:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Frecuentes infecciones de la vejiga | <input type="checkbox"/> Micción frecuente |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para orinar | <input type="checkbox"/> Agrandamiento de la próstata |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria | <input type="checkbox"/> Se orina en la cama |
| <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> No puede orinar |
| <input type="checkbox"/> Micción dolorosa | |

Explique: _____

Enumere cualquier complicación adicional así como cirugías o exámenes recientemente realizados a la vejiga o próstata: _____

HEMATOLOGÍA / ONCOLOGÍA / REUMATOLOGÍA

Nombre del Especialista: _____ Número de Teléfono: _____

Marque el recuadro correspondiente si ha presentado los siguientes síntomas:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Dolor muscular |
| <input type="checkbox"/> Sangrado o hemorragia | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Moretones frecuentes e inexplicables | <input type="checkbox"/> Dolor de las articulaciones |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para la coagulación | <input type="checkbox"/> Formación de coágulos sanguíneos |
| <input type="checkbox"/> Frecuente sangrado nasal | Indique dónde: _____ |

Explique: _____

¿Tiene historial de cáncer? Sí No Indique el tipo de cáncer sufrido: _____

¿Cuándo le diagnosticaron el cáncer? _____

¿Qué tipo de tratamiento le administraron? _____

Fecha del último tratamiento: _____

¿Tiene su familia historial de cáncer? Sí No

De ser positiva su respuesta, indique cuál de sus familiares sufrió de cáncer y el tipo de cáncer diagnosticado: _____

¿Le han proporcionado alguna vez una transfusión de sangre? Sí No Indique el número total de transfusiones recibidas: _____

Fecha de la última transfusión: _____

Enumere cualquier complicación adicional así como cirugías o exámenes recientemente realizados y relacionados con la sangre o cáncer: _____

UT Southwestern
Solicitud e Historial del
Receptor de Trasplante de Riñón

UT Southwestern
Kidney Transplantation Application
and Recipient History

5939 Harry Hines Blvd.
POB 2, Suite 700
Dallas, TX 75390-9258
Teléfono de la Clínica: 214-645-1919
Fax: 214-645-1901

UT Southwestern Medical Record #: _____

ENDOCRINOLOGÍA

Nombre del Endocrinólogo: _____ Número de Teléfono: _____

Marque el recuadro correspondiente si ha presentado los siguientes síntomas:

- Diabetes Intolerancia al calor
 Tipo I (desde la niñez) Intolerancia al frío
 Tipo II (relacionada con su dieta o medicamentos)
 Enfermedades de la Tiroides

Explique: _____

¿Toma medicamentos para la diabetes o utiliza la insulina? Sí No De ser positiva su respuesta, indique el tipo de medicamento: _____

Enumere cualquier complicación adicional así como cirugías o exámenes recientemente realizados a la tiroides: _____

GINECOLOGÍA

Nombre del Ginecólogo: _____ Número de Teléfono: _____

¿Cuántos embarazos ha tenido? _____ ¿Cuántos hijos tiene? _____

¿Presentó alta presión arterial durante el embarazo? Sí No Explique: _____

Fecha del último Papa Nicolau: _____ Fecha de la última mamografía: _____

¿Ha tenido algún Papa Nicolau con resultado anormal? Sí No De ser positiva su respuesta, explique: _____

¿Ha tenido alguna mamografía con resultado anormal? Sí No De ser positiva su respuesta, explique: _____

Enumere cualquier complicación adicional así como cirugías o exámenes recientemente realizados a los órganos reproductivos: _____

DERMATOLOGÍA (PIEL)

Nombre del Dermatólogo: _____ Número de Teléfono: _____

Marque el recuadro correspondiente si ha presentado los siguientes síntomas:

- Sarpullido
 Comezón o picazón

Explique: _____

Enumere cualquier complicación adicional así como cirugías o exámenes recientemente realizados a la piel: _____

UT Southwestern
Solicitud e Historial del
Receptor de Trasplante de Riñón

UT Southwestern
Kidney Transplantation Application
and Recipient History

5939 Harry Hines Blvd.
POB 2, Suite 700
Dallas, TX 75390-9258
Teléfono de la Clínica: 214-645-1919
Fax: 214-645-1901

UT Southwestern Medical Record #: _____

ASPECTOS PSICOLÓGICO / SOCIAL

Nombre del Psiquiatra o Psicólogo: _____ Número de Teléfono: _____

Marque el recuadro correspondiente si ha presentado los siguientes síntomas:

- Diagnósticos psiquiátricos u hospitalizaciones Prisión
 Alcoholismo o drogadicción

Explique: _____

¿Vive solo? Sí No De ser negativa su respuesta, ¿con quién vive? _____

¿Tiene familiares que vivan cerca de usted? Sí No De ser afirmativa su respuesta, ¿quién?

HÁBITOS DE SALUD / INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Fuma usted? Sí No Número de cajetillas por día: _____

¿Fumaba usted en el pasado? Sí No ¿Por cuánto tiempo fumó? _____ ¿Cuándo dejó de fumar? _____

¿Cuántas comidas consume diariamente? _____ ¿Cuántas tazas de café o té se toma diariamente? _____

¿Qué cantidad de alcohol consume? _____

¿Utiliza medicamentos naturales a base de hierbas? Sí No De ser positiva su respuesta, explique: _____

¿Cuándo le realizaron su último chequeo dental? _____ ¿Utiliza usted dentadura postiza? Sí No

Nombre del Dentista: _____ Número de Teléfono: _____

¿Le han realizado alguna cirugía no mencionada en este documento anteriormente? Sí No De ser afirmativa su respuesta, explique: _____

¿Ha sufrido alguna complicación debido a la anestesia o cirugía? Sí No

De ser afirmativa su respuesta, explique: _____

¿Lo han hospitalizado recientemente? Sí No De ser su respuesta afirmativa, indique qué hospital y cuándo: _____

VACUNAS

Escriba la fecha de la última vacuna, si la recuerda:

Influenza: _____

Hepatitis A: _____

Tétano: _____

Herpes Zoster: _____

Haemophilus Influenzae (Hib): _____

Neumococos: _____

Hepatitis B: _____

Virus del Papiloma Humano: _____

Meningococo: _____

