

**UT Southwestern  
Medical Center**

**UT Southwestern  
Solicitud e Historial del  
Receptor de Trasplante de Riñón**

**UT Southwestern  
Kidney Transplantation Application  
and Recipient History**

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

**UT Southwestern Medical Record #: \_\_\_\_\_**

**INFORMACIÓN ACERCA DEL PACIENTE**

Nombre del o la Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre de Soltera: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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 No, indique cuál es su país de origen: \_\_\_\_\_

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

Número de Licencia de Conducir: \_\_\_\_\_ Estado Emitida: \_\_\_\_\_

Alergias (Incluya el tipo de reacción observado): \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ libras ESTATURA: \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas

Contacto en Caso de Emergencia: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico Remitente: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Centro de Diálisis: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuál de los centros de UT Southwestern prefiere?  Dallas  Lubbock  Amarillo  Richardson

¿Tiene a algún posible donante vivo?  Sí  No De ser Sí, indique si, y cómo podemos proporcionarle, a esa persona, una solicitud para donantes vivos.

**INFORMACIÓN ACERCA DEL SEGURO MÉDICO**

Compañía de Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social del Asegurado (SSN): \_\_\_\_\_

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 (SSN): \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Requerimos que usted proporcione su Número de Seguro Social a fin de que UT Southwestern pueda identificar positivamente al paciente. Ningún estatuto u autoridad requiere que usted proporcione su número de seguro social para este fin. No obstante lo anterior, de no suministrarnos usted su número de seguro social, podría impedir la identificación positiva del paciente. Las divulgaciones posteriores de su número de seguro social se rigen por la Ley de Información Pública (*Public Information Act*), Capítulo 552 del Código de Gobierno de Texas (*Chapter 552 of the Texas Government Code*), y demás leyes aplicables.

**UT Southwestern  
Medical Center**

UT Southwestern  
Solicitud e Historial del  
Receptor de Trasplante de Riñón

UT Southwestern  
Kidney Transplantation Application  
and Recipient History

5939 Harry Hines Blvd.  
Professional Office Building 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:  Hemodiálisis  Diálisis Peritoneal  Hemodiálisis en Casa  No Recibe Diálisis Aún

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

Fecha en la cual recibió el primer tratamiento de diálisis: \_\_\_\_\_

¿Lo han evaluado en otro centro médico para determinar si es candidato para recibir un trasplante?  Sí  No

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

De ser Sí, indique el nombre del centro médico de trasplantes: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido un trasplante anteriormente?  Sí  No Indique lugar / fecha: \_\_\_\_\_

¿Le han realizado alguna vez una Biopsia de Riñón?  Sí  No Indique lugar / fecha: \_\_\_\_\_

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

Enumere toda complicación renal adicional así como cirugías o exámenes de riñón recientemente realizados: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA GENERAL**

Nombre del Médico Primario: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Lo han hospitalizado en los últimos dos años?  Sí  No Fecha de la Hospitalización: \_\_\_\_\_

Nombre y dirección del hospital: \_\_\_\_\_

¿Le han realizado alguna otra cirugía que no haya mencionado aún en la presente?  Sí  No

De ser Sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Le han realizado alguna vez una colonoscopia?  Sí  No

Nombre y dirección del lugar donde le realizaron la colonoscopia: \_\_\_\_\_

¿Le han realizado alguna vez un ecocardiograma?  Sí  No

Nombre y dirección del cardiólogo que le realizó el ecocardiograma: \_\_\_\_\_

Para las pacientes del sexo femenino, indique la fecha de su último Papa Nicolau: \_\_\_\_\_ Mamograma: \_\_\_\_\_

Nombre del ginecólogo: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Hay otros médicos que lo estén atendiendo regularmente?

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

# UT Southwestern Medical Center

UT Southwestern  
Solicitud e Historial del  
Receptor de Trasplante de Riñón

UT Southwestern  
Kidney Transplantation Application  
and Recipient History

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

UT Southwestern Medical Record #: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DEL PACIENTE PARA INICIAR EL PROCESO DE EVALUACIÓN Y DECLARACIÓN FINANCIERA

Yo, el suscrito, por medio de la presente solicito que UT Southwestern Medical Center inicie el proceso de declaración financiera y evaluación de trasplante para mí. Entiendo que, para dar inicio al proceso, se comunicarán con mi compañía o compañías de seguro. En tal sentido, autorizo a mis médicos para que compartan mi historial médico con UT Southwestern.

Por otra parte, autorizo a UT Southwestern para que divulgue toda información médica relacionada con mi diagnóstico y/o tratamiento, incluyendo aunque sin limitarse a ello la concerniente a enfermedades contagiosas, tales como el virus de inmunodeficiencia humana o VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA, resultados de los análisis de laboratorio, historial médico, tratamiento o cualquier otro dato de esta índole con: 1) representantes de agencias municipales, estatales o federales, de conformidad con lo establecido por la ley; 2) Medicare; 3) Medicaid; 4) mi compañía de seguros o sus representantes designados; 5) toda persona(s) o entidad financieramente responsable por proporcionarme asistencia médica o tratamiento; 6) empleados y representantes de UT Southwestern para la investigación y defensa de cualquier reclamación o causa legal (*cause of action*), real o posible, que se haya presentado o que pudiera presentarse contra UT Southwestern y/o cualquiera de los miembros del personal médico y residentes de UT Southwestern; y/o 7) las personas o entidades a cargo de las mejoras de calidad, los aspectos docentes, de investigación médica, acreditación u otros propósitos normalmente utilizados por los hospitales y el personal médico para el desempeño efectivo de sus funciones. Mi autorización es indefinida en cuanto a su duración. Entiendo que podrían requerir que se comparta esta información a fin de poder obtener el pago correspondiente por gastos médicos contraídos por mí en UT Southwestern. Así mismo, autorizo que se comparta esta información con los proveedores de salud relacionados con mi asistencia médica fuera de UT Southwestern a fin de facilitar la asistencia médica futura.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Hora AM/PM

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (escrito en letra de molde)

### **¡IMPORTANTE! El paciente deberá llenar, firmar y fechar este documento de solicitud e historial médico**

**Anexe una copia de todas sus tarjetas de seguro y envíe la solicitud con los siguientes expedientes médicos, si los hubiere disponibles:**

- Historial Médico y Examen Físico emitido por el Doctor**, notas de progreso médico y resultados de los análisis de laboratorio recientemente efectuados (lo cual se requiere para poder procesar la solicitud)
- Copia del informe de Evidencia Médica de la Enfermedad Renal en Fase Terminal, (Formulario 2728 – de estar recibiendo diálisis).
- Registro de vacunación
- Evaluación realizada por el Trabajador Social
- Lista de Medicamentos que Esté Utilizando Actualmente
- Informe de la Biopsia Renal
- Informe de la Ecografía Abdominal

**Si usted tiene alguna pregunta en relación con esta solicitud, comuníquese con la Clínica de Trasplantes Renales de UT Southwestern (UT Southwestern Kidney Transplant Clinic) al 214-645-1919.**

**Puede enviar su solicitud por correo o fax a: UT Southwestern Transplant Program**

**Kidney and Liver Clinic**

5939 Harry Hines Blvd., Suite 700

Dallas, Texas 75390-9258

Fax: 214-645-1901