

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