

# Aplicación para paciente de evaluación de trasplante de riñón o de riñón/páncreas



Me gustaría que me consideren para un trasplante de  Riñón  Riñón/Páncreas  Páncreas solamente

Deseo ser evaluado para ser considerado para un trasplante en (seleccione uno):  Dallas  Fort Worth

**Hay que llenar este formulario completamente y firmarlo para poder procesar su solicitud. Si su solicitud es incompleta, se le devolverá y esto puede aplazar la tramitación de su pedido.**

Fuentes posibles de donantes:  Pariente vivo  Persona viva sin parentesco  Lista de espera para donante

¿Está Ud. interesado en una donación de contrapartida/emparejada?  Sí  No  No lo sé  NECESITO MÁS INFORMACIÓN SOBRE ESTO

¿Quién lo refirió a Baylor?  Médico  Compañía de seguros médicos  Yo mismo  Otro

Diagnóstico/Razón a que se debe su insuficiencia renal: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Segundo nombre (Nombre de soltera)

Dirección de domicilio \_\_\_\_\_  
Dirección de la calle Apto # Ciudad ESTADO Código postal

Teléfono de la casa (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico (e-mail) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Raza (Seleccione una): Blanco Negro o afroamericano Asiático Indio americano o nativo de Alaska  
Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico Otro

Origen étnico (Seleccione uno): Hispano/Latino No Hispano/Latino

Estado civil:  Casado Nombre de su esposo/a \_\_\_\_\_  Soltero/a  Divorciado/a  Viudo/a

Paciente empleado por: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Estado de trabajo:  Tiempo completo  Medio Tiempo  Jubilado/a  Discapacitado/a

¿Es el paciente un ciudadano de EE.UU.?  Sí  No Si contestó "no", ¿de qué país? \_\_\_\_\_

¿Habla inglés el paciente?  Sí  No Si contestó "no", ¿Cuál es su idioma de preferencia? \_\_\_\_\_

¿Le están evaluando actualmente para un trasplante de riñón en otro centro médico?  Sí  No

SI CONTESTÓ "SÍ", ¿EN CUÁL CENTRO DE TRASPLANTES? \_\_\_\_\_

¿TIENE UD. UNA DIRECTIVA POR ADELANTADO?  Sí  No

Si contestó "sí", favor de dar una copia al centro de trasplantes.

Si contestó "no", se le dará información durante la orientación para trasplantes de riñón

## CONTACTO DE EMERGENCIA O PADRE/MADRE (Para menores de 18 años)

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco con el paciente \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Persona de contacto alternativa: Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Su nefrólogo/doctor especialista en riñones: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Médico principal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN PERTINENTE A SU DIÁLISIS

¿Es Ud. paciente de diálisis actualmente?  No  Sí Fecha cuando comenzó su diálisis actual \_\_\_\_\_

Tipo de diálisis (marque uno):  Casa  CAPD  Hemo

Días de Diálisis (marque uno): LUNES/MIÉRCOLES/VIERNES o MARTES/JUEVES/SABADO Horario \_\_\_\_\_

Centro de Diálisis \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

## TRASPLANTE PREVIO DE ÓRGANOS

No  Sí Órgano trasplantado \_\_\_\_\_

Fecha del trasplante \_\_\_\_\_ Hospital del trasplante \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE SEGUROS MÉDICOS COMPAÑÍA DE SEGUROS MÉDICOS PRINCIPAL

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Parentesco al paciente \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Nombre del Grupo/Empleador \_\_\_\_\_ Número del Grupo \_\_\_\_\_

SS# de la persona asegurada \_\_\_\_\_ Identificación de Seguro # \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_ Sexo de la persona asegurada \_\_\_\_\_

Teléfono de Beneficios de Seguros # \_\_\_\_\_ Número de teléfono para la precertificación # \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

NÚMERO DE IDENTIFICACION DE MEDICARE # \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia \_\_\_\_\_

Medicare debido a (marque uno):  Enfermedad del riñón  Edad  Discapacidad de Seguro Social

NÚMERO DE IDENTIFICACION DE MEDICAID # \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia \_\_\_\_\_

NÚMERO DE PLAN RENAL DE TEXAS # \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia \_\_\_\_\_

## COMPAÑÍA DE SEGUROS MÉDICOS SECUNDARIA

Nombre del asegurado \_\_\_\_\_ Parentesco al paciente \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_

Nombre del Grupo/Empleador \_\_\_\_\_ Número del Grupo \_\_\_\_\_

SS# de la persona asegurada \_\_\_\_\_ Identificación de Seguro # \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado \_\_\_\_\_ Sexo de la persona asegurada \_\_\_\_\_

Teléfono de Beneficios de Seguros # \_\_\_\_\_ Número de teléfono para la precertificación # \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

NÚMERO DE IDENTIFICACION DE MEDICARE # \_\_\_\_\_ Fecha en vigencia \_\_\_\_\_

Medicare debido a (marque uno):  Enfermedad del riñón  Edad  Discapacidad de Seguro Social

NÚMERO DE IDENTIFICACION DE MEDICAID # \_\_\_\_\_ Fecha en vigencia \_\_\_\_\_

NÚMERO DE PLAN RENAL DE TEXAS# \_\_\_\_\_ Fecha en vigencia \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DEL PACIENTE PARA COMENZAR LA EVALUACIÓN Y EL PROCESO DE FINANCIACIÓN

Yo pido que Baylor All Saints (BAS), Baylor University Medical Center (BUMC) y Dallas Transplant Institute (DTI) inicien el proceso de financiación y la evaluación para un trasplante para mí. Comprendo que se pondrán en contacto con mis compañías de seguros médicos para iniciar el proceso. Le doy permiso a mis médicos de divulgar información de mis historiales a BAS, BUMC y DTI.

Autorizo a BAS, BUMC y DTI a divulgar cualquier información médica concerniente a mi diagnóstico y/o tratamiento, incluyendo pero no limitado a: información sobre enfermedades contagiosas, tales como el Virus de Inmunodeficiencia Humana ("HIV/VIH") y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida ("SIDA"), los resultados de mis pruebas del laboratorio, mi historial médico, tratamiento o cualquier otra información relacionada a: 1) Representantes de agencias locales, estatales o federales de acuerdo con la ley; 2) Medicare; 3) Medicaid; 4) mi compañía de seguros médicos o sus representantes designados; 5) cualquier persona o personas o entidades económicamente responsables por mi cuidado médico o tratamiento; 6) empleados y representantes de BAS, BUMC y DTI para la investigación o defensa de cualquier reclamación o causa de acciones, real o posible, que puede ser presentada contra BAS, BUMC, DTI, o cualquier afiliado de BAS, BUMC y DTI y/o cualquier miembro del personal médico o del personal del hospital en BAS, BUMC y DTI; y/o 7) individuos o entidades para mejorar la calidad, educación, investigación médica, acreditación u otros propósitos generalmente utilizados por hospitales y por el personal médico al llevar a cabo sus deberes de trabajo. La duración de esta autorización es indefinida/indeterminada. Yo comprendo que la divulgación de esta información puede ser necesaria para obtener pago por mis gastos médicos incurridos en BAS, BUMC y DTI. Además, yo autorizo la divulgación de la susodicha información a proveedores de cuidado médico asociados con mi cuidado médico fuera de BAS, BUMC y DTI para poder facilitar aún más mi cuidado sanitario/médico.

Nombre de paciente \_\_\_\_\_

Firma de paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Testigo/a \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Favor de enviar esta solicitud a las instalaciones dónde a Ud. preferiría que lo evaluaran:

**DALLAS:**  
Dallas Transplant Institute  
Attn: Pre-Transplant Department  
1420 Viceroy Drive  
Dallas, Texas 75235  
Fax: 214-366-6088

**FORT WORTH:**  
Baylor All Saints Medical Center at Fort Worth  
Attn: Transplant Administration  
1400 8th Avenue  
Fort Worth, Texas 76104  
Fax: 817-922-4655

\*Si Ud. no es considerado como candidato apto clínica o económicamente para la evaluación y/o para el trasplante en las instalaciones a las que Ud. fue referido, ¿le gustaría que enviáramos automáticamente su solicitud a las otras instalaciones?  Sí  No

## PEDIDO DEL MÉDICO PARA UNA CONSULTA/EVALUACIÓN MÉDICA PARA UN TRASPLANTE

Pido una consulta del Equipo de Trasplante de BAS/BUMC, incluyendo a cirujanos y médicos, concerniente a la elegibilidad de mi paciente \_\_\_\_\_ para un trasplante.

Nombre del Doctor en letra de molde \_\_\_\_\_

Firma del médico que pide la consulta \_\_\_\_\_ M.D. Fecha \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE!** Hay que llenar esta solicitud completamente y debe ser firmada por Ud. y su médico. Favor de incluir una copia de todas sus tarjetas de seguros médicos con esta solicitud. Si Ud. tiene preguntas sobre esta solicitud, favor de comunicarse con la Oficina de Pre-trasplantes al (214-358-2300 para Dallas) y/o al (817-922-4650 para Fort Worth).