

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Núm. MEDICARE: _____ Fecha Vigente: ____ / ____ / ____

Medicare por (marque uno): Enfermedad del Riñón Edad

Incapacidad de Seguro Social: _____

Núm. MEDICAID: _____ Fecha Vigente: ____ / ____ / ____

Residentes de Tejas sólo

Núm. Texas Kidney Healthcare: _____

PRIMERA COMPAÑÍA ASEGURADORA

HMO PPO POS Indemnidad Fecha Vigente: ____ / ____ / ____

Nombre de la Compañía Aseguradora: _____

Nombre del Grupo/Empleado: _____

Núm. de Grupo: _____ Núm. de Póliza: _____

Teléfono Aseguradora: () _____

Dirección de la Compañía Aseguradora: _____

Nombre de Persona Asegurada: _____

Relación con Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: ____ / ____ / ____

Núm. SS de la Persona Asegurada: _____ Otro Núm. de Identificación: _____

SEGUNDA COMPAÑÍA ASEGURADORA

HMO PPO POS Indemnidad Fecha Vigente: ____ / ____ / ____

Nombre de la Compañía Aseguradora: _____

Nombre del Grupo/Empleado: _____

Núm. de Grupo: _____ Núm. de Póliza: _____

Teléfono Aseguradora: () _____

Dirección de la Compañía Aseguradora: _____

Nombre de Persona Asegurada: _____

Relación con Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: ____ / ____ / ____

Núm. SS de la Persona Asegurada: _____ Otro Núm. de Identificación: _____

INFORMACIÓN ACERCA DE DIÁLISIS

Diagnóstico Primario: _____

¿Actualmente en diálisis? Sí No

Fecha del primer diálisis: _____ / _____ / _____
Mes Dia Año

Tipo de diálisis (marque uno):

Hemodiálisis en su casa Peritoneal Hemodiálisis en un centro _____

Centro de diálisis: _____

Dirección: _____

Teléfono: () _____

Programa de diálisis: Lun. Miér. Vier. Mar. Juev. Sáb. 1 2 3 4

¿Ha sido trasplantado anteriormente? Sí No

Órgano trasplantado: _____

Fecha del trasplante: _____ / _____ / _____

Hospital donde se trasplantó: _____

Firma Fecha: _____ / _____ / _____

SOLICITUD PARA RIÑÓN O PÁNCREAS

En Estados Unidos

Enviar a: Methodist Dallas Medical Center
Kidney and Pancreas Transplant
PO Box 655999
Dallas, TX 75265-5999

Fax: 214-947-1828

En Puerto Rico

Enviar a: Dallas Transplant Institute
Edif. Medical Emporium
Ave. Hostos 351, Suite 101
Mayagüez, Puerto Rico 00680

Teléfono: 787-834-5445

Enviar a: Dallas Transplant Institute
Edif. Centro Europa
1492 Avenida Ponce De Leon, Suite 718
San Juan, Puerto Rico 00907

Teléfono : 787-763-0104

II. GENERAL

De las siguientes favor indicar las que apliquen a su condición de salud en los pasados seis meses:

Aumento de peso	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Pérdida de peso	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Escalofríos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sudoración en la noche	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

III. OJOS, OÍDOS, NARIZ, Y CUELLO

Marque la que aplique....

Retinopatía diabética	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ceguera	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Glaucoma	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sordera/Pérdida Audición	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Indique cualquier otra condición tales como: alergias, cirugías, estudios recientes con su vista, oídos, nariz y/o garganta:

IV. PULMONES

Marque la que aplique...

Tuberculina	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Historial de Tuberculina positiva	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Historial placa de pecho anormal	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Bronquitis Crónica	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Asma	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Efisema/COPD	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Historial masas o nódulos en pulmón	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Historial cáncer pulmonar	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Cualquier otra condición/cirugías/ estudios pulmonar recientes :

Nombre del Neumólogo: _____

Número telefónico : _____

V. CARDIACO (corazón)*Marque la que aplique...*

Hipertensión/Alta presión sanguínea	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Acumulación excesiva de líquidos/Fallo cardíaco congestivo	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Enfermedad Coronaria Alterial/Enfermedad del corazón	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ataque Cardíaco	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Marcapaso	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cirugía del corazón/CABG	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Reparación de Válvula	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Angioplastia/PTCA	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Circulación pobre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolor en las piernas cuando camina	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ulceras en los pies	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Amputaciones	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
“Bypass” extremidades inferiores	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Cualquier otra condición/cirugías/ estudios cardíacos recientes:

Nombre del cardiólogo: _____

Número teléfono : _____

VI. GASTROENTEROLOGÍA (abdómen/intestinos/hígado/estómago)*Marquelal que aplique...*

Historial de Hepatitis B	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Vacunado con Hepatitis B?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Historial de Hepatitis C	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Úlcera Estomacal	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Úlcera Intestinal	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Historial de Pólipos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Historial de Sangre en Excreta	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Divertícolis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Historial de vómitos con sangre	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Problema en el Esófago	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Historial problemas Intestinales	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Sometido a colonoscopia(endoscopia baja)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____		
¿Sometido a EGD(endoscopia superior)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Cualquier otra condición/cirugías/exámenes recientes relacionados con su
abdómen, intestinos, hígado y/o estómago:

Gastroenterólogo(médico para abdomen, estómago, hígado y o estómago): _____
Número Teléfono: _____

VII. NEFROLOGO/UROLOGO(riñón/vecícula/ureter/uretra) *Marque la que aplique...*

Infecciones Recientes de Vesícula	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Historial Infecciones del riñón	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Piedra en los Riñones	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Historial Próstata Agrandada	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Historial Cirugías de Vesícula	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Si contestó sí, ¿ por qué? _____		
Nefrectomía	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Cuál riñón?	Derecho <input type="checkbox"/>	Izquierdo <input type="checkbox"/>
Razón _____	Ambos <input type="checkbox"/>	

Problemas adicionales/cirugías/estudios recientes relacionados a los riñones, vesícula, ureter, y/o uretra: _____

VIII. GINECOLOGÍA(Órganos Femeninos)

¿Cuántos embarazos? _____
¿Cuántos hijos vivos tiene? _____ Muertos _____
¿Cuántos abortos ha tenido? _____
¿Ha tenido una histerectomía? (remoción de matriz) Sí No
Si contestó sí, indique razón _____
Fecha último papanicolau _____
¿Papanicolau con resultado positivo? Sí No
Si contestó sí, indique resultado _____
Historial de masas o lesiones de mamas Sí No

Fecha última mamografía _____
¿Mamografía con resultados positivos? Sí No
Contestó sí, indique resultado _____
Tratamiento recibido _____
Historial biopsia de mamas Sí No

Problemas adicionales/cirugías/estudios recientes relacionados a órganos femeninos:

Nombre Ginecólogo: _____
Número telefónico : _____

IX. MÚSCULOESQUELETAL

	<i>Marque la que aplique...</i>	
Artritis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolor en las Coyunturas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Huesos Rotos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Osteoporosis	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Hinchazón en las Coyunturas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

X. NEUROLOGIA(Cerebro y Espina Dorsal)

Marque la que aplique...

Dolor de Cabeza	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Fracturas en la Cabeza	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Convulsiones (fechas ocurridas y causas)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

CVA (Derrame Cerebral)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Lesión Espina Dorsal	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Paraplégico	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Cuadraplégico	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Problemas adicionales/cirugías/estudios recientes relacionados al cerebro o espina dorsal:

Neurólogo: _____
Número Telefónico: _____

XI. ENDOCRINÓLOGO(Diabetes o Tiroides)

Marque la que aplique...

Diabetes	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Indique a que edad _____		
¿Tratamiento con Insulina?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nombre Medicamento _____ Dosis _____		
¿Tratada con Medicamentos Orales?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nombre Medicamento _____ Dosis _____		
¿Hospitalización a causa de la diabetes?(Indique fecha/nombre del hospital/y razones de la hospitalización).		

Tiroides Nódulos/masas	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiroidectomía/(remoción de las tiroides)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Indique cuándo fue la cirugía y por qué fue necesario _____		

Endocrinólogo: _____
Número Teléfono _____

XII. HEMATOLOGÍA/ONCOLOGIA/REUMATOLOGIA (Sangre/Cáncer)

Marque la que aplique...

Historial de Acceso para Diálisis/Coagulación Frecuente en el Cateter

Sí No

Problemas de Sangrado

Sí No

Problemas de Coagulación

Sí No

Hemofilia

Sí No

Anemia

Sí No

Amyloidosis

Lupus Eritematosus Sistemático

Sí No

Vasculitis

Sí No

Historial de Cáncer

Sí No

¿Qué tipo? _____

Tratamiento _____

¿Cuándo se diagnosticó el cáncer? _____

Fecha del último tratamiento _____

¿Historial de cáncer en la familia? Sí No

Si contestó sí, indique parentesco y tipo de cáncer _____

¿Ha recibido transfusiones de sangre? Sí No

Cantidad de transfusiones _____

Fecha última transfusión _____

¿Dónde recibió la transfusión de sangre? _____

Problemas adicionales/cirugías/estudios recientes relacionados a problemas en la sangre o cáncer: _____

Nombre de Hematólogo/Oncólogo/Reumatólogo: _____

Número Teléfono _____

XIII. PSICOLOGICO(Mental/social)

Marque la que aplique...

Historial Enfermedades Mentales

Sí No

Historial Abuso Substancias y Alcohol

Sí No

Favor describir brevemente esos problemas: _____

Nombre Psiquiatra o Psicólogo _____

Número Teléfono: _____

XIV. Historial Familiar

	Edad	Problemas Médicos	Causa de muerte/edad al morir
Padre	_____	_____	_____
Madre	_____	_____	_____
Hermanos	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Hermanas	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Hijos	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Hijas	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Indique si algún pariente padece cualquiera de las siguientes:

<u>Enfermedad</u>	<u>Parentesco</u>
-------------------	-------------------

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermdades cardíacas/Derrames | _____ |
| <input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea | _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer Maligno | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Dependencia Sustancias Químicas | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otras | _____ |

Hábitos de Salud

- ¿Acutalmente Fuma? Sí No Cantidad _____
- ¿Ha fumado alguna vez? Sí No
- Fecha en que dejo de fumar _____
- ¿Por cuánto tiempo estuvo fumando? _____
- ¿Usuario de drogas ilegales? Sí No
- ¿Cuántas comidas consume al día? _____
- ¿Cuántas tazas de café consume al día? _____
- ¿Cuántas tazas de té consume al día? _____
- ¿Cuántas bebidas cafeinadas al día? _____
- Cantidad de bebidas alcoholicas al día _____

INFORMACION OCUPACIONAL

Ocupación: _____

- ¿Actualmente trabaja? Sí No
- ¿Trabaja a tiempo completo? Sí No ¿cuántas horas al día? _____
- ¿Trabaja a tiempo parcial? Sí No ¿cuántas horas al día? _____
- ¿Podemos contactarlo en su trabajo? Sí No
- ¿Es su trabajo estresante? Sí No Adentro Afuera
- ¿Requiere levantar objetos pesados? Sí No

XV. INFORMACIÓN ADICIONAL

Indique cualquier problema médico que no haya sido mencionado previamente en este historial de salud:

Indique cualquier procedimiento quirúrgico no mencionado previamente en este historial de salud:

Indique cualquier hospitalización no mencionada previamente en este historial de salud:

XVI. MEDICAMENTOS

<u>Nombre medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>¿Cuándo toma ese medicamento?</u>
----------------------------------	---------------------	---

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Alérgias: _____

- XVII.** ¿Está interesado en la donación de riñón vivo? Sí No
- ¿Algún familiar o amigo se ha ofrecido en donarle un órgano? Sí No

Firma de la persona que completó este historial: _____

Fecha _____