

PLACE PATIENT LABEL TO COVER OR COMPLETE BELOW:

Patient Name: _____

DOB: _____ Age: _____ Sex: _____

Account #: _____

Med Rec #: _____

**CUESTIONARIO PARA EL CANDIDATO A TRASPLANTE
TRANSPLANT CANDIDATE QUESTIONNAIRE (SPANISH)**

MRA02260 (11/06/18)

Page 1 of 4

AVISO IMPORTANTE: La información proporcionada en este cuestionario es estrictamente confidencial y es parte de su expediente médico. Complete cada línea y si no corresponde, escriba "N/C".

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Apellido de soltera/ Otros nombre/s:	Nº de Seguro Social:
Dirección:	Nº de teléfono (casa):
Ciudad: Estado: Código Postal:	Nº de teléfono (trabajo):
Condado: País:	Nº de teléfono (celular):
Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Ama de casa	
Ocupación:	Empleador:
Ciudadanía (seleccione UNA): <input type="checkbox"/> Ciudadano/a americano/a <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Extranjero no-residente - Fecha de ingreso a EEUU: _____	
Idioma preferido: <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____	
DERIVACIÓN/REFERIDO POR	
Referido por: <input type="checkbox"/> Médico - Nombre: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ <input type="checkbox"/> Yo mismo/a <input type="checkbox"/> Unidad de diálisis <input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____	
INFORMACIÓN DE DIÁLISIS	
1. ¿Recibe usted diálisis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → Si responde Sí, complete esta información. Si es No, siga a la siguiente sección.	
2. Días de la diálisis: <input type="checkbox"/> Lun <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Mie <input type="checkbox"/> Jue <input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Sab → Especifique la/s hora/s: _____	
3. Tipo: <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Diálisis peritoneal <input type="checkbox"/> Hemodiálisis domiciliaria	
4. Unidad de diálisis: _____ Teléfono: _____ Fax: _____	
HISTORIAL MÉDICO	
HISTORIAL DE TRASPLANTE	
1. Especifique la causa de su insuficiencia renal: _____	
2. ¿Está usted en la lista de otro Centro de Trasplante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → Si responde Sí, complete lo siguiente. Nombre del Centro: _____ Teléfono: _____ Fax: _____	
3. ¿Ha tenido ya un trasplante antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → Si responde Sí, complete lo siguiente. Nombre del hospital/clínica: _____ Órgano: _____ Fecha: _____	
4. ¿Le han hecho una biopsia de riñón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → Si responde Sí, complete lo siguiente. Nombre del hospital/clínica: _____ Resultado: _____ Fecha: _____	
HISTORIAL DE INFECCIONES	
1. ¿Alguna vez ha tenido alguna infección en su vejiga o los riñones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. ¿Tiene actualmente una infección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → Si responde Sí, especifique: _____	
3. ¿Tiene actualmente algún problema dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → Si responde Sí, especifique: _____	
4. Especifique la fecha del examen dental más reciente: _____	
5. ¿Tiene Tuberculosis (TB) activa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → Si responde Sí, ¿recibió un tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C	
6. ¿Tiene Hepatitis B activa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → Si responde Sí, ¿recibió un tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C	
7. ¿Tiene Hepatitis C activa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → Si responde Sí, ¿recibió un tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C	

PLACE PATIENT LABEL TO COVER OR COMPLETE BELOW:

Patient Name: _____

DOB: _____ Age: _____ Sex: _____

Account #: _____

Med Rec #: _____

**CUESTIONARIO PARA EL CANDIDATO A TRASPLANTE
TRANSPLANT CANDIDATE QUESTIONNAIRE (SPANISH)**

MRA02260 (11/06/18)

Page 2 of 4

HISTORIAL PULMONAR

1. ¿Tiene Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, (COPD) por sus siglas en inglés? Sí No
2. ¿Tienes enfisema? Sí No
3. ¿Tienes apnea del sueño? Sí No
4. ¿Usa tanque o concentrador de oxígeno? Sí No → Si es así, ¿con qué frecuencia? _____
5. ¿Usa un ventilador o máquina de presión positiva continua de las vías respiratorias, CPAP por sus siglas en inglés? Sí No
6. ¿Le han hecho una espirometría pulmonar/ prueba de la función pulmonar? Sí No

HISTORIAL DE CÁNCER

1. ¿Ha sido diagnosticado/a con cáncer? Sí No → Si es sí, complete TODA la información. Si es no, vaya a la siguiente sección.
 2. Tipo (marque todo lo que corresponda): Seno Vejiga Colon Piel (especifique el tipo): _____
 Pulmón Próstata Rectal Otro (especifique el tipo): _____
 3. Fecha del primer diagnóstico de cáncer: _____
 4. Tratamiento (marque todo lo que corresponda): NINGUNO – vaya a la siguiente sección Cirugía Radiación
 Quimioterapia Otro (especifique): _____
- Nombre del médico tratante: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
- Nombre del hospital o clínica donde recibió/recibe tratamiento: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
- Fecha en que terminó el tratamiento: _____ N/C – todavía en tratamiento

HISTORIAL CARDIACO

1. Por favor marque TODOS los problemas médicos que tenga o que haya tenido en el pasado:
 Presión arterial alta Insuficiencia cardíaca congestiva Angina (dolor de pecho) Stent/endoprótesis
 Presión arterial baja Problemas de circulación NINGUNO de estos Otro (especifique): _____
2. ¿Le han hecho alguna vez un electrocardiograma (EKG)? Sí No
3. ¿Le han hecho alguna vez un eco-cardiograma? Sí No
4. ¿Le han hecho alguna vez un angiograma / cateterismo? Sí No
5. ¿Está siendo tratado/a por un cardiólogo actualmente? Sí No → Si es sí, nombre: _____
6. ¿Le han hecho alguna vez una prueba de esfuerzo del corazón? Sí No
7. ¿Ha tenido un derrame cerebral? Sí No → Si responde Sí, complete abajo.
Fecha: _____ Nombre del hospital/clínica y ubicación: _____
Liste cualquier problema que todavía tiene: _____

HISTORIAL DE DIABETES

1. ¿Ha sido diagnosticado/a con diabetes? Sí No → Si es sí, complete TODA la sección que sigue. Si es no, vaya a la siguiente sección.
¿Cuándo fue diagnosticado/a? _____
2. ¿Sufre de neuropatía (entumecimiento/hormigueo en las extremidades)? Sí No
3. ¿Es usted legalmente ciego/a debido a la diabetes? Sí No
4. ¿Tiene problemas de úlceras que no cicatrizan en los pies? Sí No
5. ¿Tiene actualmente heridas o llagas abiertas, sin cicatrizar en las piernas, los pies o los dedos del pie? Sí No
6. ¿Ha tenido alguna amputación como resultado de la diabetes? Sí No → Si responde Sí, especifique: _____

**CUESTIONARIO PARA EL CANDIDATO A TRASPLANTE
TRANSPLANT CANDIDATE QUESTIONNAIRE (SPANISH)**

MRA02260 (11/06/18)

Page 3 of 4

PLACE PATIENT LABEL TO COVER OR COMPLETE BELOW:

Patient Name: _____

DOB: _____ Age: _____ Sex: _____

Account #: _____

Med Rec #: _____

SALUD MENTAL Y NEUROLÓGICA

- ¿Ha recibido tratamiento de un psicólogo o psiquiatra? Sí No → Si responde Sí, complete abajo.
Nombre del médico: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
Nombre del médico: _____ Teléfono: _____ Fax: _____
- ¿Tiene historial de depresión? Sí No → Si responde sí, describa: _____
- ¿Toma medicamentos psiquiátricos? Sí No → Si responde Sí, especifique: _____
- ¿Ha tomado alguna vez medicamentos para convulsiones/epilepsia? Sí No → Si responde Sí, especifique: _____

INFORMACION DE HISTORIAL DE SALUD PERSONAL

HISTORIAL SOCIAL

- ¿Consumo alcohol actualmente? Sí No → Si responde Sí, ¿qué tipo/s? _____
- ¿Actualmente fuma cigarrillos o cigarrillos eléctricos/de vapor? Sí No → Si responde Sí, ¿cuál? _____
- ¿Ha usado alguna vez tabaco o productos que tengan tabaco? Sí No → Si responde Sí, especifique: _____
¿Por cuánto tiempo? _____ ¿Cuándo lo dejó? _____ N/C – Todavía los uso/fumo
- ¿Alguna vez ha consumido drogas? Sí No → Si responde Sí, ¿qué tipo/s? _____

MOBILIDAD

- ¿Usted conduce y tiene acceso a un vehículo? Sí No → Si responde No, complete abajo.
¿Tiene transportación confiable? Sí No
- ¿Requiere una silla de rueda o un andador? Sí No → Si responde Sí, describa: _____
- ¿Puede vestirse sin ayuda? Sí No
- ¿Puede bañarse sin ayuda? Sí No
- ¿Puede subir escaleras sin ayuda? Sí No
- ¿Hace ejercicio regularmente? Sí No → Si responde Sí, describa: _____
- ¿Puede caminar una manzana alrededor de su casa? Sí No

INFORMACIÓN FINANCIERA

- ¿Tiene cobertura de seguro médico? Sí No → Si responde sí, complete abajo y provea las tarjetas correspondientes de su seguro médico. Si no, vaya al #2.

<p>a. Seguro médico primario: _____</p> <p>Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Plan de grupo <input type="checkbox"/> Plan Cobra</p> <p>Compañía: _____</p> <p>Nombre del suscriptor: _____</p> <p>Nº de seguro social del suscriptor: _____</p> <p>Número de póliza: _____</p> <p>Nº de teléfono de la aseguradora: _____</p>	<p>b. Seguro médico secundario: _____</p> <p>Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Plan de grupo <input type="checkbox"/> Plan Cobra</p> <p>Compañía: _____</p> <p>Nombre del suscriptor: _____</p> <p>Nº de seguro social del suscriptor: _____</p> <p>Número de póliza: _____</p> <p>Nº de teléfono de la aseguradora: _____</p>
---	---
- ¿Tiene cobertura de Medicaid? Sí No → Si responde Sí, Nº de Medicaid: _____
- ¿Tiene cobertura de Medicare? Sí No → Si responde Sí, Nº de Medicare: _____ Fecha de vigencia: _____
- Otra cobertura médica (por favor enumere): _____
- ¿Es usted veterano/a de guerra? Sí No → Si responde Sí, ¿recibe beneficios de salud de los veteranos? Sí No
- Ingreso anual del hogar y la/s fuente/s de dicho ingreso: _____
- Número de personas que viven en la casa: _____ / Número de dependientes: _____



PLACE PATIENT LABEL TO COVER OR COMPLETE BELOW:

Patient Name: _____

DOB: _____ Age: _____ Sex: _____

Account #: _____

Med Rec #: _____

**QUESTIONARIO PARA EL CANDIDATO A TRASPLANTE
TRANSPLANT CANDIDATE QUESTIONNAIRE (SPANISH)**

MRA02260 (11/06/18)

Page 4 of 4

PRODUCTOS DERIVADOS DE LA SANGRE

1. ¿Aceptaría usted productos derivados de la sangre si fueran necesarios durante el proceso de trasplante? Sí No

2. ¿Ha recibido transfusiones de sangre? Sí No → Si responde Sí, fecha de la última transfusión: _____

MÉDICO/S ACTUAL/ES (NOMBRE Y ESPECIALIDAD)

1.	6.
2.	7.
3.	8.
4.	9.
5.	10.

HOSPITALIZACIONES (ESPECIFICAR RAZÓN)	HOSPITAL / CIUDAD Y ESTADO	AÑO
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

CIRUGÍAS (ESPECIFIQUE EL TIPO)	HOSPITAL / CIUDAD Y ESTADO	AÑO
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

VISITAS A URGENCIAS (ESPECIFICAR RAZÓN)	HOSPITAL / CIUDAD Y ESTADO	AÑO
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Hora: _____ Fecha: _____ Firma del paciente o representante Legal: _____

↳ Si quien llena este formulario no es el paciente, escriba su nombre en letra de molde: _____