

UT Southwestern Medical Center

UT Southwestern Solicitud de trasplante de riñón y antecedentes del receptor *Kidney Transplantation Application and Recipient History*

5939 Harry Hines Blvd.
Professional Building 1, Suite 920
Dallas, TX 75390-9258
Clínica: 214-645-1919
Fax: 214-645-1901

N.º de expediente médico en UT Southwestern: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Nombre del paciente: _____ Apellido de soltera: _____ Fecha de nacimiento: _____
SSN: _____ Raza: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____
Teléfono particular: _____ Teléfono del trabajo: _____
Teléfono celular: _____ Correo electrónico: _____
¿Es usted ciudadano de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es No, ¿de qué país? _____
¿Es usted residente legal? ☐ Sí ☐ No ¿Cuál es su idioma principal? _____
Número de licencia de conducir: _____ Estado emisor: _____
PESO: _____ libras ESTATURA: _____ pies _____ pulgadas
Contacto en caso de emergencia: _____ Relación: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____
¿Qué centro de UT Southwestern prefiere? ☐ Dallas ☐ Lubbock ☐ Tyler
Si tiene un potencial donante vivo, puede aplicar visitando el sitio web utswlivingdonor.org.

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

Compañía de seguros principal: _____ Nombre del asegurado: _____
Fecha de nacimiento del asegurado: _____ SSN del asegurado: _____
Dirección de la aseguradora: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____
Número de póliza: _____ Número de grupo: _____ Fecha de elegibilidad: _____
Nombre del empleador: _____
Compañía de seguros secundaria: _____ Nombre del asegurado: _____
Fecha de nacimiento del asegurado: _____ SSN del asegurado: _____
Dirección de la aseguradora: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____
Número de póliza: _____ Número de grupo: _____ Fecha de elegibilidad: _____
Nombre del empleador: _____

Se le pide que revele su Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) para que a UT Southwestern le sea más fácil identificar correctamente a los pacientes. No hay ningún estatuto ni otra autoridad que exija que revele su SSN para ese propósito. Sin embargo, si no da su SSN, es posible que no podamos identificarlo correctamente. Otras revelaciones de su SSN se rigen por la Ley de Información Pública (Capítulo 552 del Código Gubernamental de Texas) y otras leyes aplicables.



UT Southwestern Medical Center

UT Southwestern Solicitud de trasplante de riñón y antecedentes del receptor *Kidney Transplantation Application and Recipient History*

5939 Harry Hines Blvd.
Professional Building 1, Suite 920
Dallas, TX 75390-9258
Clínica: 214-645-1919
Fax: 214-645-1901

N.º de expediente médico en UT Southwestern: _____

NEFROLOGÍA (RIÑÓN)

Nombre del nefrólogo: _____ Número de teléfono: _____

Médico que lo remite: _____ Teléfono: _____

Centro de diálisis: _____ Teléfono: _____

Tipo de diálisis: ☐ Hemodiálisis ☐ Diálisis peritoneal ☐ Hemodiálisis en la casa ☐ Aún no tengo diálisis

Días de diálisis: ☐ LU/MI/VI ☐ MA/JU/SA Turno de diálisis: ☐ 1.º ☐ 2.º ☐ 3.º

Fecha de tratamiento de la primera diálisis: _____

¿Lo han evaluado alguna vez para recibir un trasplante en otro centro de trasplante? ☐ Sí ☐ No

¿Actualmente está en una lista de espera para trasplante? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, nombre del centro de trasplante: _____ Número de teléfono: _____

¿Ha recibido un trasplante anteriormente? ☐ Sí ☐ No Lugar/Fecha: _____

¿Alguna vez le hicieron una biopsia de riñón? ☐ Sí ☐ No Lugar/Fecha: _____

¿Ha tenido un cambio (un aumento o una disminución) significativo de peso en los últimos dos años? ☐ Sí ☐ No

Diga cualquier otro problema que haya tenido, cualquier otra cirugía o prueba reciente que le hayan hecho relacionada con los riñones: _____

INFORMACIÓN MÉDICA GENERAL

Nombre del médico de atención primaria: _____ Número de teléfono: _____

¿Ha estado hospitalizado en los últimos dos años? ☐ Sí ☐ No Fecha de admisión: _____

Nombre y lugar del hospital: _____

¿Le hicieron alguna cirugía que no se haya mencionado? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, explique: _____

¿Alguna vez le hicieron una colonoscopia? ☐ Sí ☐ No

Nombre y lugar donde le hicieron la colonoscopia: _____

¿Tiene diabetes? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es Sí, ¿cuántos años hace? _____

¿Alguna vez le hicieron un ecocardiograma? ☐ Sí ☐ No

Nombre y lugar del cardiólogo que hizo el ecocardiograma: _____

Para pacientes de sexo femenino, fecha de su última prueba de Papanicolaou: _____ Mamografía: _____

Nombre del ginecólogo: _____ Número de teléfono: _____

¿Ve a otros médicos de manera habitual?

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 de trasplante de riñón y antecedentes del receptor *Kidney Transplantation Application and Recipient History*

5939 Harry Hines Blvd.
Professional Building 1, Suite 920
Dallas, TX 75390-9258
Clínica: 214-645-1919
Fax: 214-645-1901

N.º de expediente médico en UT Southwestern: _____

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA COMENZAR LA EVALUACIÓN Y EL PROCESO DE APROBACIÓN FINANCIERA

Solicito que UT Southwestern Medical Center comience el proceso de aprobación económica y mi evaluación para recibir un trasplante. Entiendo que se comunicarán con mis compañías de seguros para comenzar este proceso. Autorizo a mis médicos a que revelen mis expedientes médicos a UT Southwestern.

Autorizo a UT Southwestern a que revele cualquier información médica que corresponda a mi diagnóstico o tratamiento, incluyendo, entre otras, información sobre enfermedades contagiosas, como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida); resultados de análisis de laboratorio, historia médica, tratamiento o cualquier otra información relacionada con lo siguiente: 1) representantes de agencias locales, estatales o federales conforme a la ley; 2) Medicare; 3) Medicaid; 4) mi compañía de seguros o sus representantes designados; 5) cualquier persona o entidad responsable del pago de mi atención o de mi tratamiento médico; 6) empleados y representantes de UT Southwestern para la investigación y la defensa de cualquier demanda o acción judicial, actual o potencial, que se inicie o que se pueda iniciar contra UT Southwestern o contra cualquier miembro del personal médico y del personal interno de UT Southwestern, o 7) personas o entidades que tienen como objetivo la mejora de la calidad, la educación, las investigaciones médicas, la acreditación u otros objetivos que, generalmente, usan los hospitales y los miembros del personal médico al cumplir sus funciones. Esta autorización tiene duración indefinida. Entiendo que puede ser necesario revelar esta información para pagar mis gastos médicos en UT Southwestern. Además, autorizo que se revele esta información a los proveedores de atención médica relacionados con mi atención fuera de UT Southwestern, para facilitar una atención médica adicional o futura.

Autorización: ☐ Firma del paciente
☐ Representante legal (puede pedirse prueba de su situación de representante legal)
☐ Confirmación recibida verbalmente, por teléfono, por MyChart (el empleado de UT Southwestern que la recibe debe firmar y escribir su cargo)

Nombre del paciente o representante legal en letra de molde	Firma	Fecha	Hora a. m./p. m.
---	-------	-------	------------------

Nombre del empleado de UT Southwestern en letra de molde y su cargo	Firma	Fecha	Hora a. m./p. m.
---	-------	-------	------------------

DIALYSIS CENTER ONLY

IMPORTANT! This application/health history must be filled out, signed and dated by the patient.

Please attach a copy of all insurance cards, and submit application along with the following medical records, if available:

- ☐ Physician H&P Progress Note
- ☐ Recent Labs
- ☐ Face Sheet
- ☐ Patient Demographics
- ☐ Copy of End Stage Renal Disease Medical Evidence report (2728 form – if on dialysis) Vaccination Record
- ☐ Social Work Assessment Current Medication List
- ☐ Renal Biopsy Report (if available)
- ☐ Abdominal Sonogram Report (if available)

Si tiene alguna pregunta con respecto a esta solicitud, comuníquese con UT Southwestern Kidney Transplant Clinic llamando al 214-645-1919.

Envíe la solicitud por correo electrónico, fax o correo a:

UT Southwestern Kidney Transplant Program

5939 Harry Hines Blvd., POB 1, Suite 920

Dallas, Texas 75390-9258

214-645-1901 (fax)

UTSWKidney@UTSouthwestern.edu (correo electrónico)