

**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 Office Building 2, Suite 700  
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: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés): \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?  Sí  No Si la respuesta es "No", ¿de qué país? \_\_\_\_\_

¿Es usted un residente legal?  Sí  No ¿Cuál es su idioma principal? \_\_\_\_\_

Número de licencia de conducir: \_\_\_\_\_ Estado emisor: \_\_\_\_\_

Alergias (incluya reacciones): \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_ libras ESTATURA: \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas

Contacto en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico que lo deriva: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Centro de diálisis: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la ubicación de UT Southwestern que prefiere?  Dallas  Lubbock  Tyler

¿Tiene posibles donantes vivos?  Sí  No Si la respuesta es "Sí", infórmenos si podemos proporcionarles una solicitud para donantes vivos y de qué manera hacerlo.

**INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO**

Compañía de seguros principal: \_\_\_\_\_ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social (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: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) 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 solicita que divulgue el 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 la divulgación del SSN para ese propósito. No obstante, si no indica su SSN, es posible que no podamos identificarlo correctamente. Otras divulgaciones de su SSN se rigen por la Public Information Act (Ley de Información Pública, capítulo 552 del Texas Government Code [Código Gubernamental de Texas]) y demás leyes aplicables.



PAT HLTH

**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 Office Building 2, Suite 700  
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: \_\_\_\_\_

Tipo de diálisis:  Hemodiálisis  Diálisis peritoneal  Hemodiálisis en el hogar  Aún no recibo diálisis

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

Fecha de tratamiento de la primera diálisis: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez fue evaluado para recibir un trasplante en otro centro de trasplante?  Sí  No

¿Se encuentra actualmente 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 Ubicación/Fecha: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se le ha realizado una biopsia de riñón?  Sí  No Ubicación/Fecha: \_\_\_\_\_

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

Mencione cualquier otro problema que haya tenido, cualquier otra cirugía o prueba reciente a la que se haya sometido en relación 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 ingreso al hospital: \_\_\_\_\_

Nombre y ubicación del hospital: \_\_\_\_\_

¿Se ha sometido a alguna cirugía que no se haya mencionado?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", explique: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se ha realizado una colonoscopia?  Sí  No

Nombre y ubicación del centro/hospital en el que le realizaron la colonoscopia: \_\_\_\_\_

¿Tiene diabetes?  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuántos años hace? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez se ha realizado un ecocardiograma?  Sí  No

Nombre y ubicación del cardiólogo que realizó el ecocardiograma: \_\_\_\_\_

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

Nombre del ginecólogo: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Se atiende con otros médicos con regularidad?

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 Office Building 2, Suite 700  
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 financiera y mi evaluación para recibir un trasplante. Entiendo que se comunicarán con mi(s) compañía(s) de seguros para comenzar este proceso. Autorizo a mis médicos a que divulguen mis expedientes médicos a UT Southwestern.

Autorizo a UT Southwestern a que divulgue cualquier información médica que corresponda a mi diagnóstico o a mi tratamiento, lo que incluye, de manera no exhaustiva, información relacionada con enfermedades contagiosas, como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), resultados de análisis de laboratorio, antecedentes médicos, tratamiento o cualquier otra información relacionada con las siguientes personas o entidades: 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 financieramente responsable 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, real o posible, que se entable o que se pueda entablar contra UT Southwestern, o contra cualquier miembro del personal médico y del personal interno de UT Southwestern; 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, utilizan los hospitales y los miembros del personal médico al cumplir sus funciones. Esta autorización tiene duración indefinida. Entiendo que puede ser necesario divulgar esta información para pagar mis gastos médicos en UT Southwestern. Asimismo, autorizo a que se divulgue 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 solicitarse prueba de su situación de representante legal)  
 Confirmación recibida verbalmente, por teléfono, por MyChart (el empleado de UTSW que la recibe debe firmar y escribir su cargo)

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

Nombre del empleado de UTSW en letra de molde y su cargo \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Hora a. m./p. m. \_\_\_\_\_

**¡IMPORTANTE! El paciente debe completar los antecedentes médicos y toda la solicitud, además de firmarla y fecharla.**

**Adjunte una copia de todas las tarjetas del seguro y envíe la solicitud junto con los siguientes expedientes médicos, si se encuentran disponibles:**

- Historia clínica y examen físico (H&P, por sus siglas en inglés) del médico**, notas de evolución y análisis de laboratorio recientes (necesarios para procesar la solicitud)
- Copia del informe de pruebas médicas de enfermedad renal en etapa terminal (formulario 2728, si recibe diálisis)
- Registro de vacunación
- Evaluación de trabajo social
- Lista de medicamentos actuales
- Informe de biopsia renal
- Informe de ecografía abdominal

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

**Envíe la solicitud por correo postal o por fax al Programa de Trasplantes de UT Southwestern a la siguiente dirección:**

**UT Southwestern Transplant Program  
Kidney and Liver Clinic  
5939 Harry Hines Blvd., Suite 700  
Dallas, Texas 75390-9258  
214-645-1901 – Fax**