

Formulario de admisión para trasplantes

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Alergias a medicamentos _____

Médico de atención primaria (PCP) _____ Núm. de teléfono del médico _____

Nefrólogo actual (médico del riñón) _____

Posibles donantes vivos Sí No ¿Solicita información sobre la donación en vida? Sí No

¿Qué ocasionó su enfermedad renal? _____

¿Figura en la lista de otro centro de trasplantes? Sí No Si la respuesta es "Sí", ¿dónde? _____

¿Puede orinar? Sí No Si la respuesta es "Sí", más de una taza al día Sí No

Antecedentes médicos

Si tiene la condición en la actualidad, seleccione SÍ. Si ha tenido la condición en el pasado, seleccione HX. Si nunca ha tenido la condición, seleccione NO.

Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Amputaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Infecciones frecuentes de la vejiga	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	TB/Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No
Ceguera	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Cálculos renales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No
Pérdida de la audición	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Enfermedad vascular periférica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No
Infecciones sinusales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	CPAP/BIPAP	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Masas/nódulos pulmonares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Coágulos sanguíneos en las piernas o en los pulmones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No
Marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Oxígeno en casa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Transfusiones de sangre ¿Cuántas? _____ Fecha de la última transfusión: _____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No
Infarto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Ansiedad o depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No
Problemas con el ritmo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Tipo de diabetes: _____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> DESC	Enfermedad psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No
Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Edad al momento del diagnóstico de diabetes: _____		Describe:	
Úlceras en los pies	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Agrandamiento de la próstata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Gangrena	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Úlceras en el estómago/intestinos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No		
		Sangre en las heces o en el vómito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No		

Antecedentes quirúrgicos o de procedimientos

Si se ha sometido a alguno de los procedimientos o cirugías a continuación, marque SÍ. Incluya también información sobre la cirugía.

PROCEDIMIENTO	SÍ/NO	FECHA	EDAD	DETALLES	LUGAR DONDE RECIBIR LOS REGISTROS
Extirpación de lesión cutánea o lunar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Resonancia magnética o tomografía computarizada de la cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Cirugía de la columna vertebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Especifique el nivel en la columna vertebral: <input type="checkbox"/> C 1-7 <input type="checkbox"/> T 1-12 <input type="checkbox"/> L1-5 <input type="checkbox"/> S 1-5	
Cirugía de cuello	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Nombre/Tipo de procedimiento:	
Endoprótesis (stents)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Ubicación:	
EGD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Antecedentes quirúrgicos o de procedimientos *(continuación)*

Si se ha sometido a alguno de los procedimientos o cirugías a continuación, marque **SÍ**. Incluya también información sobre la cirugía.

PROCEDIMIENTO	SÍ/NO	FECHA	EDAD	DETALLES	LUGAR DONDE RECIBIR LOS REGISTROS
Ecocardiograma (ultrasonido del corazón)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Prueba de esfuerzo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
CABG (Injerto de derivación [bypass] de las arterias coronarias)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Número de vasos sanguíneos:	
Cirugía para aumentar el flujo de sangre a los brazos o las piernas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Tipo y ubicación de la cirugía:	
Cirugía de tórax/pulmón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Cirugía de colon	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Resonancia magnética o tomografía computarizada del abdomen	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Cirugía de vejiga	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Biopsia de médula ósea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Cirugía articular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Tipo y ubicación de la cirugía:	
Biopsia o cirugía de mama	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Resultados:	
Histerectomía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Parcial Motivo:	

Otras cirugías

Indique cualquier otro procedimiento o cirugía que haya tenido. Incluya también información sobre la cirugía.

PROCEDIMIENTO	FECHA	EDAD	DETALLES	LUGAR DONDE RECIBIR LOS REGISTROS

Antecedentes de cáncer

Indique si ha tenido alguno de los siguientes tipos de cáncer.

CÁNCER	SÍ/NO	TIPO/UBICACIÓN	TRATAMIENTO
Piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Células basales <input type="checkbox"/> Células escamosas <input type="checkbox"/> Células escamosas ubicación:	Tratamiento: _____ Fecha del último tratamiento: _____ Nombre del médico: _____ Ubicación de los registros: _____

Antecedentes de cáncer (continuación)

Indique si ha tenido alguno de los siguientes tipos de cáncer.

CÁNCER	SÍ/NO	TIPO/UBICACIÓN	TRATAMIENTO
Riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Izquierdo <input type="checkbox"/> Derecho	Tratamiento: _____ Fecha del último tratamiento: _____ Nombre del médico: _____ Ubicación de los registros: _____
Hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tratamiento: _____ Fecha del último tratamiento: _____ Nombre del médico: _____ Ubicación de los registros: _____
Colon	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tratamiento: _____ Fecha del último tratamiento: _____ Nombre del médico: _____ Ubicación de los registros: _____
Próstata	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tratamiento: _____ Fecha del último tratamiento: _____ Nombre del médico: _____ Ubicación de los registros: _____
Mama	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tratamiento: _____ Fecha del último tratamiento: _____ Nombre del médico: _____ Ubicación de los registros: _____

Otro tipo de cáncer

Indique cualquier otro tipo de cáncer que no se haya mencionado arriba.

CÁNCER	TIPO/UBICACIÓN	TRATAMIENTO	MÉDICO/REGISTROS
		Tratamiento: _____ Fecha del último tratamiento: _____	Nombre del médico: _____ Ubicación de los registros: _____
		Tratamiento: _____ Fecha del último tratamiento: _____	Nombre del médico: _____ Ubicación de los registros: _____

Enfermedades infecciosas

Si tiene la infección en la actualidad, seleccione **SÍ**. Si ha tenido la infección en el pasado, seleccione **HX**. Si nunca ha tenido la infección, seleccione **NO**.

VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de transmisión sexual (ETS)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No Tipo: _____
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No	Otras:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX

Historial de vacunas/inmunizaciones

Serie de hepatitis B	<input type="checkbox"/> Sí Fecha de administración: _____ <input type="checkbox"/> No	Serie de COVID-19	<input type="checkbox"/> Sí Tipo: <input type="checkbox"/> PFIZER <input type="checkbox"/> MODERNA <input type="checkbox"/> OTRA Fecha de la 1.ª vacuna: _____ Fecha de la 2.ª vacuna: _____ <input type="checkbox"/> No
-----------------------------	---	--------------------------	--

Cuestionario de vida social y estado funcional

¿Puede caminar una milla y subir dos tramos de escaleras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Puede limpiar su hogar por su cuenta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Puede bañarse o ducharse por su cuenta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Puede vestirse por su cuenta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Puede ir al baño por su cuenta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Puede caminar sin la ayuda de un bastón, andadera, silla de ruedas o de otra persona?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿A veces se orina o defeca antes de llegar al baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Puede preparar sus comidas por su cuenta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Puede organizar y tomar sus medicamentos diarios por su cuenta?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Puede manejar un automóvil?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Puede leer y escribir?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hace ejercicio? Tipo: <input type="text"/> ¿Cuánto tiempo? <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos? ¿Cuándo? <input type="text"/> ¿A dónde? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es su nivel más alto de educación? <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Escuela primaria <input type="checkbox"/> Escuela secundaria/Certificado de educación general (GED) <input type="checkbox"/> Título de Asociado/Licenciatura <input type="checkbox"/> Posgrado	
Situación de vivienda actual <input type="checkbox"/> Casa/Departamento <input type="checkbox"/> Residencia de ancianos <input type="checkbox"/> Vivienda asistida	

¿Quién vive con usted?	
¿Quién será su persona de apoyo después de la cirugía?	
¿Fuma o consume algún producto que contenga nicotina? Tipo: <input type="text"/> ¿Qué cantidad? <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No
¿Bebe alcohol? Tipo: <input type="text"/> ¿Qué cantidad? <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No
¿Utiliza algún tipo de droga ilegal? Tipo: <input type="text"/> ¿Qué cantidad? <input type="text"/> ¿Con qué frecuencia? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No

Mantenimiento de la salud

EXAMEN	FECHA DEL EXAMEN MÁS RECIENTE	MÉDICO QUE REALIZÓ EL EXAMEN MÁS RECIENTE	CONSULTORIO/HOSPITAL DONDE SE ENCUENTRAN LOS RESULTADOS	FRECUENCIA NECESARIA PARA PERMANECER EN LA LISTA DE TRASPLANTES
Odontología				Anualmente
Colonoscopia				Chequeo a los 45 años, luego en función de las recomendaciones del gastroenterólogo
Mamografía				Chequeo a los 40 años, luego anualmente después de los 45 años
Papanicolaou				Cada tres años después de iniciada la actividad sexual

* Llame al consultorio de su médico para programar una cita para realizar las pruebas que no se hayan realizado de acuerdo a la frecuencia requerida. Esto ayudará a acelerar el proceso de evaluación para el trasplante.

Equipo médico

Indique el nombre de los médicos que lo/la hayan atendido en las siguientes especialidades

Cardiología		Enfermedades infecciosas	
Dermatología		Gastroenterología	
Neurología		Psiquiatría	