

Formulario de derivación para trasplante de riñón
Baylor All Saints Medical Center – FORT WORTH



Fort Worth, Lubbock, and Amarillo:

Baylor Scott & White All Saints Medical Center – Fort Worth

Programa de trasplante abdominal

Attn: Departamento de Pretrasplante

1400 8th Ave., Fort Worth, Texas 76104

PH: 817.922.4650 FAX: 817.922.2310

Envíe el FORMULARIO DE REFERENCIA completo y los siguientes DOCUMENTOS a KidneyTxpReferralFortWorth@bswhealth.org o FAX: 817.922.2310

☐ Copia de identificación emitida por el gobierno.

(como la licencia de conducir)

☐ Copia de la tarjeta de residencia (si no es ciudadano estadounidense)

☐ Copia de la(s) tarjeta(s) de seguro: anverso y reverso o complete a continuación

☐ Si está en diálisis: copia del formulario HCFA 2728

☐ Si no está en diálisis: TFGc o aclaramiento de creatinina de 24 horas

☐ Laboratorios recientes y H&P

REFERENCIA PARA TRASPLANTE

Referencia de trasplante para: ☐ Riñón ☐ Riñón / Páncreas ☐ Páncreas solamente

Ubicación solicitada para las pruebas de evaluación.: ☐ Fort Worth ☐ Lubbock ☐ Amarillo

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre impreso:		Número de seguro social :		
Fecha de nacimiento:	Edad:	Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino		
Dirección:	Apt #:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Celular:	Email:		
Raza: ☐ Caucásico ☐ Afroamericano ☐ Asiático ☐ India americana / esquimal / ALEU ☐ Nativo hawaiano de las islas del Pacífico ☐ Otro				
Etnicidad: ☐ Origen hispano ☐ No de origen hispano		Ciudadano estadounidense: ☐ Sí ☐ No		Residente de EE. UU.: ☐ Sí ☐ No
¿Hablas inglés? ☐ Sí ☐ No		Preferencia de idioma:		
Las primas de seguros son pagadas por: ☐ Ser ☐ Empleador ☐ Centro de Diálisis ☐ Fondo Americano del Riñón ☐ Otro				

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Nombre del titular principal de la póliza:	Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:
Compañía de seguros:	Número de Servicio al Cliente:	
Póliza/Número de identificación:	Número de Grupo:	

EQUIPO DE SALUD

Nombre del proveedor de referencia:		Phone:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Nombre del médico de atención primaria		Teléfono	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Centro de diálisis:	Teléfono:		☐ No en diálisis
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Tipo de diálisis: ☐ Hemodiálisis ☐ Peritoneal ☐ Hemodiálisis domiciliaria		Días de diálisis: ☐ Lunes/Martes/Viernes ☐ Miércoles/Jueves/ Sábado	
Persona que envía la referencia (nombre):	Teléfono:	Email:	

INFORMACIÓN DE SALUD

Historial de tabaquismo:	☐ Nunca ☐ Actual: Paquetes por día _____ ☐ Anterior: Año de abandono _____ número de años fumado _____		
Drogas recreativas:	☐ Nunca ☐ Sí: último uso _____ Tipo(s) _____		
Historia del trasplante:	☐ ¿En lista de espera en otro centro de trasplantes? ☐ Sí ☐ No		
Centro de trasplante:	Coordinador(a) de trasplante:		Teléfono:
Trasplante previo ☐ Sí ☐ No	Tipo:	Cuando:	Dónde:
Alergias a medicamentos:			

MEDICAMENTOS: Enumere solo los nombres (no se necesitan dosis ni frecuencia)

PRUEBAS DE CÁNCER:	Tipo	Cuando:	Donde:
	Prueba de Papanicolaou		
	Mamografía		
	Colonoscopia		

PULMONAR (pulmones)

- ☐ TB/Tuberculosis
- ☐ Historial de prueba cutánea de tuberculosis positiva. Si es así, ¿cuándo fue tratado? _____
- ☐ Historia de radiografía de tórax anormal
- ☐ Bronquitis crónica
- ☐ Asma
- ☐ Enfisema/EPOC
- ☐ Uso de oxígeno
- ☐ Apnea del sueño
- ☐ Uso de CPAP
- ☐ Historia de masas/nódulos pulmonares
- ☐ Historia del cáncer de pulmón.

Cualquier problema/cirugía/prueba reciente adicional que haya tenido en relación con sus pulmones: _____

CARDIACO Y VASCULAR (Corazón y circulación)

- ☐ Hipertensión/presión arterial alta
- ☐ Sobrecarga frecuente de líquidos/insuficiencia cardíaca congestiva
- ☐ Enfermedad de las arterias coronarias/Enfermedad cardíaca
- ☐ Ataque al corazón
- ☐ Cirugía del Corazón
- ☐ Mala circulación
- ☐ Dolor en las piernas al caminar
- ☐ Amputaciones
- ☐ Coágulos de sangre/TVP

Cualquier problema/cirugía/prueba reciente adicional que haya tenido en relación con su corazón o circulación: _____

Cardiólogo: _____

Teléfono: _____

Cirujano vascular: _____

Teléfono: _____

NEFROLOGÍA/UROLOGÍA (Riñón/vejiga/uréter/uretra)

- ☐ Infecciones frecuentes de vejiga
- ☐ Historia de las infecciones renales
- ☐ Cálculos renales
- ☐ Si es así, cuándo: _____
- ☐ ¿Le han extirpado uno de sus riñones?
 - ☐ Sí ☐ No
- ☐ Si es así, ¿cual riñón:
 - ☐ Derecho ☐ Izquierdo ☐ Ambos

Cualquier problema/cirugía/prueba reciente adicional que haya tenido en relación con los riñones, la vejiga, los uréteres y/o la uretra: _____

Urólogo: _____

Teléfono: _____

GASTROENTEROLOGÍA (Abdomen/Intestinos/hígado/estómago)

- ☐ Enfermedad del hígado
- ☐ Historia de la hepatitis B
- ☐ Recibió la vacuna contra la hepatitis B
- ☐ Historia de la hepatitis C
- ☐ Reflujo/acidez estomacal
- ☐ Problemas para tragar
- ☐ Historia de vómitos de sangre.
- ☐ Historia de problemas intestinales.
- ☐ Úlcera estomacal
- ☐ Historia de los pólipos
- ☐ Historia de sangre en las heces
- ☐ Diverticulosis

¿Alguna vez te has hecho una colonoscopia??

☐ Sí ☐ No

Cuando? _____

Por qué? _____

¿Alguna vez le han hecho una endoscopia superior?

☐ Sí ☐ No

Cuando? _____

Por qué? _____

Cualquier problema/cirugía/prueba reciente adicional que haya tenido en relación con su abdomen, intestinos, hígado y/o estómago: _____

Gastroenterólogo: _____

Teléfono: _____

Hepatólogo (médico del hígado): _____

Teléfono: _____

ENDOCRINOLOGÍA (Diabetes o tiroides)

- ☐ Diabetes tipo 1: edad en el momento del diagnóstico _____
- ☐ Diabetes tipo 2: edad en el momento del diagnóstico _____
- ☐ Nódulo/masas tiroideas
- ☐ Tiroides extirpado quirúrgicamente

Hospitalizaciones relacionadas con su diabetes (indique la fecha/nombre del hospital y qué problemas causaron su hospitalización): _____

Endocrinólogo: _____

Teléfono: _____

NEUROLOGÍA (Cerebro y médula espinal)

- ☐ Dolor de cabeza
- ☐ lesión craneal
- ☐ Convulsiones
- ☐ ataque
 - ☐ Lesión de la médula espinal

Cualquier problema/cirugía/prueba reciente adicional que haya tenido en relación con su cerebro o médula espinal: _____

Neurologist: _____

Teléfono: _____

HEMATOLOGÍA/ONCOLOGÍA/REUMATOLOGÍA (Sangre, cáncer, enfermedades autoinmunes.)

- ☐ Historia de problemas de sangrado.
- ☐ Hemofilia
- ☐ anemia drepanocítica
- ☐ Amilosis
- ☐ Lupus eritematoso sistémico
- ☐ Vasculitis
- ☐ La enfermedad de Goodpasture
- ☐ Historia of Cáncer

Tipo: _____

Tratamiento realizado: _____

¿Cuándo fue diagnosticado el cáncer?: _____

Fecha del último tratamiento: _____

¿Alguna vez ha recibido una transfusión de sangre?

☐ Sí ☐ No

Cualquier problema/cirugía/prueba reciente adicional que haya tenido en relación con su corazón o circulación: _____

Oncólogo: _____

Teléfono: _____

Reumatólogo: _____

Teléfono: _____

GINECOLOGÍA (Mamas/órganos femeninos)

- ☐ ¿Le han practicado una histerectomía (extirpación quirúrgica del útero)?
- ☐ Prueba de Papanicolaou anormal
- ☐ Historia de bultos o masas en los senos.
- ☐ Mamografía anormal
- ☐ Historia de la biopsia de mama

Cualquier problema/cirugía/prueba reciente adicional que haya tenido en relación con sus órganos femeninos: _____

Ginecólogo: _____

Teléfono: _____

ENFERMEDADES INFECCIOSAS (VIH)

¿Tienes el virus de la inmunodeficiencia humana?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, duración del tratamiento contra el VIH: _____

¿Tu carga viral es indetectable? ☐ Sí ☐ No

Doctor para el tratamiento del VIH: _____

Teléfono: _____

DERMATOLOGÍA (Piel)

¿Tiene algún trastorno de la piel? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿de qué tipo? _____

Dermatólogo: _____

Teléfono: _____



Evaluación de trasplante de riñón y consentimiento para la divulgación de información

Solicito que Baylor Scott & White All Saints Medical Center Fort Worth (FW) y Baylor University Medical Center (BUMC), parte de Baylor Scott & White Health, comiencen el proceso de autorización financiera y evaluación de trasplante para mí. Entiendo que se comunicarán con mis compañías de seguros para iniciar este proceso. Autorizo a mis médicos a divulgar mis registros médicos a FW y BUMC. Autorizo a FW y BUMC a divulgar cualquier información médica relacionada con mi diagnóstico y/o tratamiento, incluida, entre otras, información sobre enfermedades transmisibles como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), resultados de pruebas de laboratorio, historial médico, tratamiento o cualquier otra información relacionada a: 1) Representantes de agencias locales, estatales o federales de conformidad con 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 tratamiento; 6) empleados y/o representantes de FW y BUMC para la investigación y defensa de cualquier reclamo o causa de acción, real o potencial, que se presente o pueda presentarse contra FW y BUMC y/o cualquier miembro del personal médico y interno de FW. y BUMC; y/o 7) personas o entidades para el mejoramiento de la calidad, investigación médica educativa, acreditaciones u otros fines habitualmente utilizados por los hospitales y el personal médico en el desempeño de sus funciones. La duración de esta autorización es indefinida. Entiendo que es posible que sea necesario divulgar esta información para obtener el pago de cualquier gasto médico incurrido en FW y BUMC. Además, autorizo la divulgación de esta información a los proveedores de atención médica asociados con mi atención fuera de FW y BUMC para facilitar una mayor atención médica.

Nombre del paciente (impreso)

Fecha de nacimiento

Firma del paciente