|  |
| --- |
| Legacy Transplant Services1040 NW 22nd Ave. Suite 480, Portland, OR 97210Phone: 503-413-6555 Fax: 503-413-6557 |

|  |  |
| --- | --- |
| Información general http://mylegacy.lhs.org/Administrative/Marketing/Resources/Documents/lh_logo_small_rgb.jpg |  Correo electrónico:  |
| Apellido Nombre legal Segundo nombre  |
| Dirección Ciudad Estado  | Código postal |
| Teléfono de la casa( ) | Teléfono celular( ) | Teléfono del trabajo( )  |
| Número del Seguro Social - - | Correo electrónico |
| Sexo[ ]  Hombre **[ ]**  Mujer | Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Mes Día Año |
| Estado civil **[ ]** Soltero/a [ ] Casado/a [ ] Divorciado/a [ ] Viudo/a **[ ]**  Separado/a **[ ]** Vivo en pareja |
| ¿Quién será su compañero de cuidados durante el proceso del trasplante? (consulte el documento adjunto “Obligaciones del compañero de cuidados”) |
| ¿Necesita un intérprete? [ ] Sí [ ] No En caso afirmativo, indique de qué idioma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Persona que llena el formulario: [ ] Paciente [ ]  Paciente, con ayuda de otra personaOtra persona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ocupación: Empleador: | Trabajo: [ ] A tiempo completo [ ]  A tiempo parcial[ ]  Jubilado/a [ ]  Trabajo por cuenta propia[ ]  Ama/o de casa [ ]  Estudiante [ ]  Incapacitado/a [ ]  Desempleado/a |

|  |  |
| --- | --- |
| Información sobre el seguro |  |
| PRIMARIO Nombre del seguro | SECUNDARIO Nombre del seguro |
| Número de grupo | Número de identificador | Número de grupo | Número de identificador |
| **[ ]** Medicare **[ ]** Plan Medicare Advantage **[ ]** Suplemento de Medicare **[ ]** Seguro del empleador**[ ]** Cobra **[ ]** No estoy seguro/a | **[ ]** Medicare **[ ]** Plan Medicare Advantage **[ ]** Suplemento de Medicare **[ ]** Seguro del empleador**[ ]** Cobra **[ ]** No estoy seguro/a |
|  |
| ¿Por qué le fallaron los riñones? |
| ¿Le han atendido en algún otro sitio en relación con el trasplante?    | ¿Dónde?  | ¿Cuándo? |
| ¿Está en lista de espera para recibir un trasplante en algún otro sitio? [ ] Sí [ ] No | ¿Dónde?  | ¿Cuándo? |
| ¿Ha recibido anteriormente un trasplante de riñón? [ ] Sí [ ] No[ ] Riñón izquierdo [ ] Riñón derecho | ¿Dónde? | ¿Cuándo? |
| ¿Actualmente recibe diálisis? [ ] Sí [ ] No[ ]  Hemodiálisis [ ] Diálisis peritoneal [ ]  Hemodiálisis en mi propio hogar | ¿Cuándo empezó?  | Unidad de hemodiálisis |
| ¿Por qué quiere recibir un trasplante? | ¿Conoce a algún posible donante vivo? [ ] Sí [ ] No [ ]  No lo sé |
| **Antecedentes familiares** |  |  |
| ¿Alguien en su familia tuvo: diabetes? [ ] Sí [ ] No enfermedad cardíaca? [ ] Sí [ ] Nocáncer? [ ] Sí [ ] No enfermedad renal? [ ] Sí [ ] No  |
| **Uso de sustancias:** |
| ¿Actualmente fuma o consume algún tipo de tabaco? **[ ]** Sí  **[ ]** NoEn caso afirmativo, ¿cuántos años hace que fuma/consume tabaco?\_\_\_\_\_\_\_¿Cuántos cigarrillos fuma al día en promedio?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Cuándo dejó de fumar/de consumir tabaco?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**[ ]** Aún fumo/consumo tabaco **[ ]** Actualmente fumo cigarrillos electrónicosConsumo de drogas (marihuana, anfetaminas, medicamentos que no hayan sido recetados, etc.) ¿Consume drogas actualmente? **[ ]** Sí  **[ ]** No **[ ]** Nunca he consumido drogas¿En qué fecha dejó de consumir? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Drogas consumidas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Utiliza marihuana con fines médicos? [ ]  Sí [ ]  No |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Peso: libras | Altura: pies pulgadas |
| En los últimos seis meses, ¿ha utilizado alguno de los siguientes? bastón \_\_\_ silla de ruedas \_\_\_ *scooter* \_\_\_ |
| ¿Es capaz de subir un tramo de escaleras?**[ ]** Sí [ ] No | ¿Es capaz de caminar media milla? [ ] Sí [ ] No |

**¿Tuvo, o le dijeron que tenía, alguna de las siguientes enfermedades?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | En caso afirmativo, indique fechas y detalles |
| Problemas de sangrado |  Sí  |  |
| Enfermedad cardíaca1. Ataque al corazón o infarto de miocardio
2. Angina o dolores de pecho
3. Insuficiencia cardíaca congestiva
 |  Sí  Sí  Sí Sí  |  |
| Coágulos en las piernas  |  Sí  |  |
| Coágulos en los pulmones |  Sí  |  |
| Presión arterial elevada |  Sí  |  |
| ¿Alguna vez le pusieron un *stent* en el corazón? |  Sí  |  |
| Apnea del sueño |  Sí  |  |
| ¿Utiliza una máquina de CPAP/BiPAP? |  Sí  |  |
| Problemas pulmonares, como asma, neumonía reciente, EPOC o enfisema |  Sí  |  |
| Problemas hepáticos (del hígado) |  Sí  |  |
| Problemas intestinales o del colon |  Sí  |  |
| Hernia. En caso afirmativo, ¿de qué tipo? |  Sí  |  |
| Problemas urinarios, como piedras en los riñones, infecciones o pérdida de orina |  Sí  |  |
| Diabetes ¿Utiliza insulina? |  Sí Sí  |  |
| Derrame cerebral o ataque isquémico transitorio (AIT) |  Sí  |  |
| Hepatitis / problemas hepáticos (del hígado) |  Sí  |  |
| Cáncer |  Sí  |  |
| Cirugías: Anote todas las cirugías a las que se haya sometido. Año (puede escribir una fecha aproximada) |
| 1. |   |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |
| ¿Alguna vez ha tenido problemas con la anestesia? [ ] Sí [ ] NoEn caso afirmativo, explique qué sucedió: |

 |
| Medicamentos: Anote todos los medicamentos recetados, de venta libre, vitaminas y suplementos que toma actualmente. |
| Nombre del medicamento | Dosis/concentración/mg | ¿Cuándo lo toma?(por ejemplo, mañana, noche, mañana y noche, con las comidas) |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |
| 11. |  |  |
| 12. |  |  |

Alergias Anote todas las alergias que tenga a los medicamentos.

|  |  |
| --- | --- |
|  Nombre del medicamento | Tipo de reacción alérgica(por ejemplo, sarpullido, malestar estomacal, hinchazón) |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Médicos: (Escriba el nombre completo) |  |
| Médico de atención primaria: | Ciudad | Teléfono del consultorio del médico:( ) |
| Nefrólogo (médico de los riñones): | Ciudad | Teléfono del consultorio del médico:( ) |
| Cardiólogo (médico del corazón) | Ciudad | Teléfono del consultorio del médico:( ) |
| Otros: |  |  |

\*\***Recuerde que debe adjuntar una copia de su tarjeta de seguro médico
(ambos lados) cuando presente esta solicitud\*\*\***