|  |
| --- |
| Legacy Transplant Services  1040 NW 22nd Ave. Suite 480, Portland, OR 97210  Phone: 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 persona  Otra 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 No  cáncer? Sí No enfermedad renal? Sí No | | | | | | | |
| **Uso de sustancias:** | | | | | | | |
| ¿Actualmente fuma o consume algún tipo de tabaco? Sí No  En 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 electrónicos  Consumo 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 cardíaca   1. 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 No  En 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\*\*\***