

INFORMACIÓN DE NUEVOS CANDIDATOS A TRASPLANTE



Fecha de la solicitud: _____

NOTA: Para garantizar un registro adecuado, este formulario **DEBE** completarse en su totalidad

Nombre **LEGAL**: _____

Apellido de soltera: _____ Número de Seguro Social (SSN): _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____ Sexo: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono de la casa: _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Estado civil: _____ Religión: _____ Idioma preferido: _____

¿Tiene dificultades para leer en inglés? SÍ NO

Estado de ciudadanía*:

- ☐ Ciudadano estadounidense
- ☐ Residente permanente (tarjeta verde)
- ☐ Solicitante de asilo
- ☐ Beneficiario de DACA
- ☐ Visa de trabajo o de estudiante
- ☐ Sin documentos

**Esta información se recopila para ayudar a determinar la elegibilidad para la cobertura de seguro, los recursos financieros y los servicios de apoyo.*

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

¿Cuál es la causa de su insuficiencia renal? _____

¿Le han realizado una biopsia de riñón? ☐ SÍ ☐ NO

Si la respuesta es SÍ, ¿cuándo y dónde? _____

INFORMACIÓN SOBRE LA DIÁLISIS

¿Actualmente recibe diálisis? ☐ SÍ ☐ NO Si la respuesta es SÍ, ¿fecha de inicio? _____

Tipo de diálisis: ☐ Hemodiálisis ☐ Diálisis peritoneal Días: _____

Unidad de diálisis: _____

Trabajador social de diálisis: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE NUEVOS CANDIDATOS A TRASPLANTE

UPMC
LIFE CHANGING MEDICINE

MÉDICO ACTUAL

Médico de riñón (nefrólogo) actual: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Cardiología: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Pulmonar: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Endocrino: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Otro: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Otro: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

INFORMACIÓN DE NUEVOS CANDIDATOS A TRASPLANTE

HISTORIA MÉDICA

¿Actualmente tiene, o ha tenido alguna vez, alguna de las siguientes afecciones?:

- | | |
|--|--|
| ☐ Diabetes | ☐ Antecedentes de transfusiones de sangre |
| ☐ Apnea del sueño C-PAP ☐ Sí ☐ No | ☐ Cataratas |
| ☐ Enfermedad de Crohn | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Colitis | ☐ Enfermedad autoinmune |
| ☐ Presión arterial alta | ☐ Enfermedad renal |
| ☐ Colesterol alto | ☐ Gota |
| ☐ Neumonía | ☐ Ataque cardíaco |
| ☐ Anemia | ☐ Cálculos renales |
| ☐ Ictericia | ☐ VIH/SIDA |
| ☐ Hipotiroidismo (<i>tiroides hipoactiva</i>) | ☐ Insuficiencia cardíaca |
| ☐ Hipertiroidismo (<i>tiroides hiperactiva</i>) | ☐ Agrandamiento de la próstata |
| ☐ Embolia pulmonar (<i>coágulo de sangre en los pulmones</i>) | ☐ Trastornos de salud mental |
| ☐ Asma | ☐ Ritmo cardíaco irregular |
| ☐ Hepatitis | ☐ Infecciones urinarias frecuentes |
| ☐ Cáncer/Tumores (<i>tipo</i>) _____ | ☐ Trastorno por consumo de sustancias |
| ☐ EPOC | ☐ Otras afecciones médicas (<i>especifique</i>) |
| ☐ Úlcera estomacal o péptica | ☐ _____ |
| ☐ Coágulos de sangre | ☐ _____ |
| ☐ Derrame cerebral | ☐ _____ |
| ☐ Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) | ☐ _____ |
| ☐ Cáncer de piel u otros problemas de la piel | ☐ _____ |
| ☐ Epilepsia (<i>convulsiones</i>) | ☐ _____ |
| ☐ Fiebre reumática | ☐ _____ |

INFORMACIÓN DE NUEVOS CANDIDATOS A TRASPLANTE

ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS Y ALERGIAS

Medicamento	Dosis	Frecuencia

Alergia	Reacción

INFORMACIÓN DE NUEVOS CANDIDATOS A TRASPLANTE



Seguro

¿Tiene **Medicare**? ☐ SÍ ☐ NO

Marque el motivo del derecho a Medicare: ☐ Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
☐ Discapacidad ☐ Tiene más de 65 años

N.º de Medicare _____ Fecha de jubilación: _____

Parte A (*seguro de hospital*) ☐ SÍ ☐ NO Fecha de entrada en vigencia: _____

Parte B (*seguro médico*) ☐ SÍ ☐ NO Fecha de entrada en vigencia: _____

Parte D (cobertura de medicamentos recetados) ☐ SÍ ☐ NO Nombre del plan: _____

¿Tiene un plan **Medicare Advantage**? ☐ SÍ ☐ NO

Nombre del plan: _____ N.º de identificación _____

Si **NO** tiene **Medicare**, ¿lo ha solicitado? ☐ SÍ ☐ NO

Si respondió **SÍ**, cuándo: M ___ A _____

¿Tiene derecho a beneficios por **Discapacidad del Seguro Social**? ☐ SÍ ☐ NO

Si respondió **SÍ**, indique la fecha de entrada en vigencia: _____

¿Recibe ayuda del **American Kidney Fund**? ☐ SÍ ☐ NO

Si respondió **SÍ**, ¿cuándo se pagó la primera prima mensual?: M _____ A _____

¿Está usted en el **State Renal Program** (programa renal estatal)? ☐ SÍ ☐ NO

Fecha de entrada en vigencia: M ___ D ___ A ___ N.º de RX _____ Costo compartido anual _____

Si **NO** tiene **cobertura renal estatal**, ¿la ha solicitado? ☐ SÍ ☐ NO

¿Tiene **Medical Assistance**? ☐ SÍ ☐ NO

Si respondió **SÍ**, nombre del **plan de atención administrada** _____

N.º de Id. de la póliza _____ Fecha de entrada en vigencia _____

Nombre que figura en la tarjeta _____: ¿Es este su nombre legal actual? SÍ o NO

¿Cuándo debe volver a renovar la cobertura de Medicaid? _____

INFORMACIÓN DE NUEVOS CANDIDATOS A TRASPLANTE



SEGURO

¿Tiene cobertura de seguro a través de su empleador? SÍ o NO

Nombre de la compañía aseguradora _____ Teléfono _____

Nombre del suscriptor _____ SSN _____

Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento _____

N.º de póliza _____ N.º de grupo _____

Nombre del empleador _____

Dirección del empleador _____

Cargo _____ Duración del empleo _____

¿Tiene cobertura de seguro a través del Mercado de seguros de salud/Ley de Cuidado de la Salud Asequible? SÍ o NO

Nombre de la compañía aseguradora _____ Teléfono _____

Nombre del suscriptor _____ SSN _____

Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento _____

N.º de póliza _____ N.º de grupo _____

¿Tiene cobertura de algún otro seguro? SÍ o NO

Si respondió **SÍ**: Plan comercial _____ Complemento de Medicare _____ Otro _____

Nombre de la compañía aseguradora _____ Teléfono _____

Nombre del suscriptor _____ SSN _____

Relación con el paciente _____ Fecha de nacimiento _____

N.º de póliza _____ N.º de grupo _____

¿Cuál es el nombre de su plan de medicamentos recetados actual? _____

RECORDATORIO: POR FAVOR, LLEVE TODAS LAS TARJETAS DE SEGURO, TARJETAS DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y SU IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA A LA CITA.