

# 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**.

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

## Historial de vacunas/inmunizaciones

<b>Serie de hepatitis B</b>	<input type="checkbox"/> Sí Fecha de administración: _____ <input type="checkbox"/> No	<b>Serie de COVID-19</b>	<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: _____ ¿Cuánto tiempo? _____ ¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos? ¿Cuándo? _____ ¿A dónde?	<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: _____ ¿Qué cantidad? _____ ¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No
¿Bebe alcohol? Tipo: _____ ¿Qué cantidad? _____ ¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> HX <input type="checkbox"/> No
¿Utiliza algún tipo de droga ilegal? Tipo: _____ ¿Qué cantidad? _____ ¿Con qué frecuencia?	<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	