

Texas Health Harris Methodist Hospital Fort Worth

Programa de Transplante de Riñón/ Kidney Transplant Program

DONANTE/DONOR

Solicitud e Historial de Salud de Donante Vivo/ Living Donor Application and Health History

Si desea ser considerado como donante vivo,
complete esta solicitud y envíela por correo, fax o correo electrónico a:

**Texas Health Harris Methodist Hospital Fort Worth
Programa de Transplante de Riñón**

1325 Pennsylvania Avenue, Suite 450, Fort Worth, Texas 76104

Fax: 817-250-5136

Correo electrónico: THFWKidneyTransplant@TexasHealth.org

Si tiene alguna pregunta, llámenos al 817-250-2443 o 800-411-2443.

If you wish to be considered as a living donor,
please complete this application and return by mail, fax or email to:

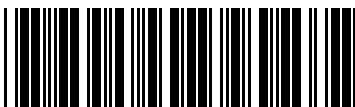
**Texas Health Harris Methodist Hospital Fort Worth
Kidney Transplant Program**

1325 Pennsylvania Avenue, Suite 450, Fort Worth, Texas 76104

Fax: 817-250-5136

Email: THFWKidneyTransplant@TexasHealth.org

For questions, please call 817-250-2443 or 800-411-2443.



TRNPLT



**KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM
LIVING DONOR APPLICATION – SPANISH**

Page 1 of 7
ETHFW-0006ELS (08/20)

Apellido:/Last name: _____ Nombre:/First name: _____

Segundo Nombre o Inicial:/Middle name or initial: _____ Apellido de soltera:/Maiden name: _____

Fecha de nacimiento:/Date of birth: _____ Sexo:/Gender: Hombre/Male Mujer/Female Edad:/Age: _____ Raza:/Race: _____

Dirección:/Street address: _____ Nro. de apartamento:/Apartment no: _____

Condado:/County: _____ Ciudad:/City: _____ Estado:/State: _____ Código postal:/Zip: _____

Teléfono particular:/Home phone: (_____) _____ Teléfono del trabajo:/Work phone: (_____) _____

Correo electrónico:/Email address: _____ Teléfono celular:/Cell phone: (_____) _____

Contacto de emergencia:/Emergency contact: _____ Teléfono:/Phone: (_____) _____

¿Es ciudadano de los Estados Unidos?/Are you a U.S. citizen? Sí/Yes No Número de seguro social:/Social Security No: _____ - _____ - _____Residente/Tarjeta verde/Resident Alien/Green Card Sí/Yes No Residente Legal/Non-resident Alien Sí/Yes NoNivel de Educación:/Education level: Primaria/Grade school Preparatoria/High school Universidad/Escuela Técnica/College/Tech school Posgrado/Post-graduate

Donante potencial par:/Potential donor for: _____

Su relación con el beneficiario:/Your relationship to the recipient: Familia (hermano(a), padres, etc.)/Family (sibling, parent, etc.) Otro miembro de familia/suegros/Other family/in-law Amigo(a)/Friend Compañero(a) de trabajo/Co-worker Ninguno; no tengo a ninguna persona específica en mente/None; I do not have a specific person in mind Otro:/Other: _____¿Usted está actualmente trabajando?/Are you currently working? Sí/Yes No ¿Podemos contactarlo en el trabajo en caso de que fuese necesario?/May we contact you at work, if needed? Sí/Yes No

Ocupación:/Occupation: _____ Empleador:/Employer: _____

¿Esta usted trabajando?/Employment: Tiempo completo/Full time Tiempo parcial/Part time Autónomo/Self employed Desempleado/Unemployed¿Cuántas horas por día?/How many hours per day? _____ ¿Realiza actividades extenuantes en su trabajo?/Do you perform strenuous activities at work? Sí/Yes No

Si su contestación es si, por favor explique:/If yes, please explain: _____

¿Tiene seguro médico?/Do you have health insurance? Sí/Yes No

¿Quién podrá ayudarle en el momento de la cirugía?/Who will be able to help you around the time of surgery? _____

Nombre y dirección de su médico(a) de cabecera:/Name of your personal physician: Dr. _____

Dirección:/Address: _____

¿Tuvo alguna enfermedad grave durante su infancia?/Did you have any serious illnesses as a child? Sí/Yes No

Si su respuesta es si, por favor explique:/If yes, please explain: _____

¿Padeció las siguientes enfermedades?/Have you had the following?

Paperas/Mumps Sí/Yes No Mononucleosis Sí/Yes NoSarampión/Measles Sí/Yes No Fiebre reumática/Rhumatic Fever Sí/Yes NoVaricela/ Chickenpox Sí/Yes No¿Viaja fuera de los Estados Unidos?/Do you travel outside the United States? Sí/Yes No

Si su contestación es si, ¿a dónde y cuándo?/If yes, where and when: _____



TRNPLT

KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM
LIVING DONOR APPLICATION – SPANISH

Page 2 of 7

ETHFW-0006ELS (08/20)

Su estatura es:/Your height is: _____ Su peso es:/Your weight is: _____ ¿Este es su peso normal?/Is this your usual weight?
 libras/lbs. kg Sí/Yes No

Indique los nombres de los medicamentos que toma (con receta y sin receta):/Please list the name of any medications you take (prescribed and over-the-counter):

Alergias:/Allergies: _____

1. NEUROLOGÍA (cerebro y médula espinal)/**NEUROLOGY** (brain and spinal cord)

Marque todas las opciones que correspondan a su caso:/Check yes or no:

- Dolores de cabeza/Headaches Sí/Yes No
Lesión en la cabeza/Head injury Sí/Yes No
Convulsiones/Seizures Sí/Yes No
Dolor de espalda/Back pain Sí/Yes No

Otros problemas, cirugías recientes, o pruebas que le hayan hecho recientemente, relacionados con el cerebro o lamédula espinal:/
Additional problems/surgeries/any recent testing that you have had related to your brain or spinal cord: _____

Neurólogo (médico especialista del cerebro):/
Neurologist (brain doctor): _____

No. de teléfono:/Phone: _____

2. OJOS, GARGANTA, NARIZ Y OÍDO/EYE, EAR, NOSE AND THROAT

Marque todas las opciones que correspondan a su caso:/Check yes or no:

- Ceguera/Blindness Sí/Yes No
Sordera o pérdida de la audición/Deafness/Hearing Loss Sí/Yes No
Sinusitis/Sinus infections Sí/Yes No

Otros problemas o cirugías recientes, o pruebas que le hayan hecho recientemente, relacionados con los ojos, oídos, nariz o garganta:/
Additional problems/surgeries/any recent testing that you have had related to your eyes, ears, nose and/or throat: _____

Oftalmólogo y Otorrinolaringólogo
(médico de ojos y médico de garganta, nariz y oído):/
ENT (eye, ear, nose and throat doctor): _____

No. de teléfono:/Phone: _____

3. CARDÍACO (corazón)/**CARDIAC** (heart)

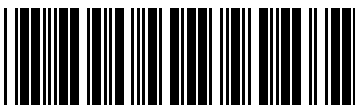
Marque todas las opciones que correspondan a su caso:/Check yes or no:

- Hipertensión/High blood pressure Sí/Yes No
Inflamación de los tobillos/Swollen ankles Sí/Yes No
Enfermedad cardíaca/Heart disease Sí/Yes No
Ataque cardíaco/Heart attack Sí/Yes No
Marcapasos/Pacemaker Sí/Yes No
Cirugía cardíaca/Heart surgery Sí/Yes No
Palpitaciones cardíacas /Heart palpitations Sí/Yes No

Otros problemas o cirugías recientes, o pruebas que le hayan hecho recientemente, relacionados con el corazón:/
Additional problems/surgeries/any recent testing that you have had related to your heart: _____

Cardiólogo (médico especialista del corazón):/
Cardiologist (heart doctor): _____

No. de teléfono:/Phone: _____



TRNPLT



**KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM
LIVING DONOR APPLICATION – SPANISH**

Page 3 of 7

ETHFW-0006ELS (08/20)

4. PULMONAR (pulmones)/ PULMONARY (lungs)

Marque todas las opciones que correspondan a su caso./Check yes or no:

TB/Tuberculosis

Sí/Yes No

Bronquitis/Bronchitis

Sí/Yes No

Asma/Asthma

Sí/Yes No

Sibilancia/Wheezing

Sí/Yes No

Dificultad para respirar/Shortness of breath

Sí/Yes No

Antecedentes de masas o nódulos pulmonales/History of lung masses/nodules

Sí/Yes No

Antecedentes de cancer en el pulmon/History of lung cancer

Sí/Yes No

Otros problemas o cirugías recientes, o pruebas que le hayan hecho recientemente, relacionados con los pulmones:/

Additional problems/surgeries/any recent testing that you have had related to your lungs: _____

Neumólogo (médico especialista en pulmones):/

Pulmonologist (lung doctor): _____ No. de teléfono:/Phone: _____

5. ENDOCRINOLOGÍA (diabetes o tiroides)/ ENDOCRINOLOGY (diabetes or thyroid)

Marque todas las opciones que correspondan a su caso./Check yes or no:

Diabético/Diabetic

Sí/Yes No

Problemas de la tiroides/Thyroid problems

Sí/Yes No

¿Alguien de su familia tiene diabetes?/Does anyone in your family have diabetes?

Sí/Yes No

¿Alguien de su familia tiene problemas de tiroides?/

Does anyone in your family have thyroid problems?

Sí/Yes No

Endocrinólogo (médico especialista en diabetes y tiroides):/

Endocrinologist (diabetes/thyroid doctor): _____ No. de teléfono:/Phone: _____

Edad que tenía cuando se la diagnosticaron:

Age when diagnosed: _____

**6. GASTROENTEROLOGÍA (abdomen, intestinos, hígado/estómago)/
GASTROENTEROLOGY (abdomen/intestines/liver/stomach)**

Marque todas las opciones que correspondan a su caso./Check yes or no:

Antecedentes de hepatitis/History of hepatitis

Sí/Yes No

Úlcera en el estómago o en los intestinos/Ulcer in stomach/intestines

Sí/Yes No

Antecedentes de sangre en el excremento/History of blood in stools

Sí/Yes No

Antecedentes de cálculos o problemas en la vesícula biliar/
History of gallstones/gallbladder problems

Sí/Yes No

Diverticulosis

Sí/Yes No

Antecedentes en vomitar sangre/History of vomiting blood

Sí/Yes No

Problemas del esófago/Problems with esophagus

Sí/Yes No

Antecedentes de diarrea/History of diarrhea

Sí/Yes No

Antecedentes de estreñimiento/History of constipation

Sí/Yes No

¿Alguna vez le hicieron una colonoscopia (endoscopia inferior)
o EGD (endoscopia superior)?/

Have you ever had a colonoscopy (lower endoscopy) or EGD (upper endoscopy)?

Sí/Yes No

¿Cuándo?/When: _____ ¿Por qué?/ Why: _____

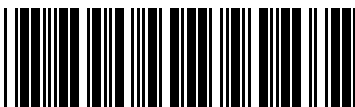
Otros problemas, cirugías recientes, o pruebas que le hayan hecho recientemente, relacionados con el abdomen, los intestinos, el hígado o el estómago:/

Additional problems/surgeries/any recent testing that you have had related to your abdomen, intestines, liver and/or stomach: _____

Gastroenterólogo (médico especialista en abdomen,

estómago, hígado e intestinos):/Gastroenterologist

(abdomen, stomach, liver and/or intestines doctor): _____ No. de teléfono:/Phone: _____



TRNPLT



KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM
LIVING DONOR APPLICATION – SPANISH

Page 4 of 7

ETHFW-0006ELS (08/20)

7. UROLOGÍA (riñones, vejiga, uréteres y uretra)/ **UROLOGY** (kidney/bladder/ureter/urethra) Marque todas las opciones que correspondan a su caso:/Check yes or no:

- Infecciones frecuentes de la vejiga/Frequent bladder infections Sí/Yes No
- Dolor al orinar/Painful urination Sí/Yes No
- Dificultad para orinar/Difficult to urinate Sí/Yes No
- Orina frecuentemente/Urinate frequently Sí/Yes No
- Pérdida del control de la vejiga al toser, reírse o estornudar/
Lose control of bladder when you cough, laugh or sneeze Sí/Yes No
- Antecedentes de infecciones renales/History of kidney infections Sí/Yes No
- Antecedentes de piedras en los riñones/History of kidney stones Sí/Yes No
- Antecedentes de agrandamiento de la próstata/History of enlarged prostate Sí/Yes No
- Antecedentes de cirugías de la vejiga/History of bladder surgeries Sí/Yes No

Si su respuesta es si, ¿por qué?/If yes, why? _____

Otros problemas o cirugías recientes, o pruebas que le hayan hecho recientemente, relacionados con los riñones, la vejiga, los uréteres o la uretra:/
Additional problems/surgeries/any recent testing that you have had related to your kidneys, bladder, ureters and/or urethra: _____

Urólogo (médico especialista en riñones, vejiga, uréteres y uretra):/

Urologist (kidney/bladder/ureter/urethra doctor): _____ No. de teléfono:/Phone: _____

8. HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA, REUMATOLOGÍA (sangre/cancer/arthritis)

HEMATOLOGY/ONCOLOGY/RHEUMATOLOGY (blood/cancer/arthritis)

Marque todas las opciones que correspondan a su caso:/Check yes or no:

- Antecedentes de problemas hemorrágicos/History of bleeding problems Sí/Yes No
- Antecedentes de dificultades de coagulación/History of difficulty clotting Sí/Yes No
- Moretones frecuentes/Frequent bruising Sí/Yes No
- Coágulos en las piernas o los pulmones/Blood clots in legs or lungs Sí/Yes No
- Hemorragias nasales frecuentes/Frequent nosebleeds Sí/Yes No
- ¿Tiene artritis?/Do you have arthritis? Sí/Yes No
- ¿Tiene dolores musculares o de articulaciones?/Do you have muscle or joint pains? Sí/Yes No
- ¿Tiene antecedentes de cáncer?/Do you have a history of cancer? Sí/Yes No

Si su respuesta es si, ¿de qué tipo?/If yes, what type of cancer? _____

¿Cuándo fue diagnosticado el cáncer?/

When was the cancer diagnosed? _____

¿Qué tratamiento se hizo?/

What treatment was done? _____

La fecha del último tratamiento fue:/Date of last treatment was: _____

¿Tiene antecedentes familiares de algún tipo de cáncer?/

Do you have a family history of any type of cancer? Sí/Yes No

Si su respuesta es si, ¿quién es el familiar afectado y cuál es el tipo de cáncer?/

If yes, what relative and type of cancer? _____

¿Le han hecho una transfusión de sangre?/ Have you ever had a blood transfusion? Sí/Yes No

Cantidad total de transfusiones de sangre:/

Total number of blood transfusions: _____

¿Cuándo le hicieron la última transfusión de sangre?/

When was the last blood transfusion? _____

Otros problemas o cirugías recientes, o pruebas que le hayan hecho recientemente, relacionados con el problema sanguíneo o el cáncer:/

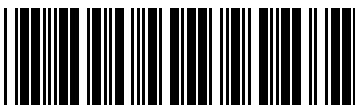
Additional problems/surgeries/any recent testing that you have had related to your blood problem or cancer: _____

Hematólogo, Oncólogo, Reumatólogo

(doctor de enfermedades de sangre/cancer/arthritis):\

Hematologist/Oncologist/Rheumatologist

(blood/cancer/arthritis doctor): _____ No. de teléfono:/Phone: _____



TRNPLT



KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM
LIVING DONOR APPLICATION – SPANISH

Page 5 of 7

ETHFW-0006ELS (08/20)

9. GINECOLOGÍA (senos/órganos femeninos)/ GYNECOLOGY (breasts/female organs)

Marque todas las opciones que correspondan a su caso./Check yes or no:

¿Cuántos embarazos ha tenido?/How many times have you been pregnant? _____ ¿Cuántos hijos tiene?/How many children do you have? _____

Was your blood pressure elevated while you were pregnant? Sí/Yes No

¿Tuvo hipertensión durante los embarazos?/ Was your blood sugar elevated while you were pregnant? Sí/Yes No

¿Le han hecho una histerectomía (cirugía para extraer el útero)?/ Have you had a hysterectomy (uterus surgically removed)? Sí/Yes No

Si su respuesta es si, ¿por qué?/If yes, why? _____

Fecha de la última prueba de papanicolau:/Date of last pap smear: _____

¿Alguna vez ha tenido una prueba de papanicolau con resultado anormal?/ Have you ever had an abnormal pap smear? Sí/Yes No

En caso afirmativo, ¿cuál fue la anomalía?/If yes, what was wrong? _____

Fecha de la última mamografía:/Date of last mammogram: _____

¿Alguna vez ha tenido una mamografía con resultado anormal?/ Have you ever had an abnormal mammogram? Sí/Yes No

Si su respuesta es si, ¿cuál fue la anomalía?/If yes, what was wrong? _____

El tratamiento para la mamografía anormal fue:/Treatment for abnormal mammogram was: _____

Antecedentes de biopsia de mama/History of breast biopsy Sí/Yes No

Otros problemas, cirugías recientes, o pruebas que le hayan hecho recientemente, relacionados con los órganos femeninos:/ Additional problems/surgeries/any recent testing that you have had related to your your female organs: _____

 Ginecólogo(a) (médico(a)de mujeres):/Gynecologist (female doctor): _____ No. de teléfono:/Phone: _____
 Nombre del médico especialista de seno:/Breast doctor: _____ No. de teléfono:/Phone: _____

10. PSICOSOCIAL (salud mental y social)/ PSYCHOSOCIAL (mental/social)

Marque todas las opciones que correspondan a su caso./Check yes or no:

Antecedentes de enfermedades mentales/History of mental illness Sí/Yes No Edad que tenía cuando se la diagnosticaron:/ Age when diagnosed: _____

Antecedentes de abuso de alcohol o drogas/History of alcohol/substance abuse Sí/Yes No

Ansiedad/Anxiety Sí/Yes No

Depresión/Depression Sí/Yes No

¿Alguna vez fue encarcelado(a)?/Have you ever been incarcerated? Sí/Yes No

Psiquiatra/Psicologo (doctor de enfermedades mentales y social):/ Psychiatrist/Psychologist (mental/social doctor): _____ No. de teléfono:/Phone: _____

11. INFORMACIÓN ADICIONAL/ADDITIONAL INFORMATION

Marque todas las opciones que correspondan a su caso./Check yes or no:

¿Alguna vez ha tenido una cirugía?/Have you had any surgeries? Sí/Yes No

Si su respuesta es sí, explique:/If yes, please list: _____

¿Tuvo alguna complicación con la anestesia o la cirugía?/ Have you had any complications from anesthesia or surgery? Sí/Yes No

Si su respuesta es sí, explique:/If yes, please list: _____

¿Tuvo otras hospitalizaciones?/Have you had any other hospitalizations? Sí/Yes No

Si su respuesta es sí, explique:/If yes, please list: _____

¿Su cónyuge o pareja apoya su decisión de donar un riñón?/ Is your spouse/significant other supportive of your decision to donate a kidney? Sí/Yes No

¿Su empleador está dispuesto a darle tiempo libre para la evaluación y la recuperación después de la donación?/Is your employer willing to give you time off for the evaluation and recovery after donating? Sí/Yes No



TRNPLT



KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM
LIVING DONOR APPLICATION – SPANISH

12. ANTECEDENTES FAMILIARES/FAMILY HISTORY

	Edad actual/ Current Age	Problemas médicos/Medical Problems	Causa del fallecimiento/Edad en el momento del fallecimiento (Si ya no viven)/ Cause of death and Age at death (if no longer living)
Padre/Father	_____	_____	_____
Madre/Mother	_____	_____	_____
Hermanos/Brothers	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Hermanas/Sisters	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Hijos/Sons	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Hijas/Daughters	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

13. HÁBITOS DE SALUD/HEALTH HABITS

Marque todas las opciones que correspondan a su caso./Check yes or no:

¿Usted fuma?/Do you currently smoke? Sí/Yes No Cantidad:/Amount: _____
 Paquetes por día:/ Packs per day: _____ Fecha en la que dejó de fumar:/Quit date: _____

¿Alguna vez fumó?/Have you ever smoked? Sí/Yes No

¿Por cuantos años ha fumado?/How long have/did you smoke? _____

¿Alguna vez consumió drogas ilegales?/ Have you ever used illegal drugs? Sí/Yes No

¿Qué tipo de drogas ha consumido?/What type of drugs have you used? _____

¿Cuántas veces come por día?/ How many meals do you eat per day? _____ Cantidad de tazas de café por día:/ Coffee cups per day: _____

Cantidad de tazas de té por día:/ Tea cups per day: _____ Bebidas cafeinadas por día:/ Caffeinated beverages per day: _____

Cantidad de alcohol por día:/ Amount of alcohol daily: _____

Es necesario completar esta encuesta de salud de rutina para poder ser considerado donante vivo potencial.

Yo,/I _____, doy mi autorización para que me contacten del

Programa de Transplante de Riñón de Texas Health Harris Methodist Hospital./give my permission to be contacted by exas Health Harris Methodist Hospital Kidney Transplant Program to receive more information about living donation.

Autorizo/Yes I do No autorizo/No I do not que se me realicen análisis de laboratorio de tipo de sangre y tipificación de tejidos como parte de la selección inicial para ser donante de riñón vivo potencial./give my permission to have my blood type and tissue typing lab work drawn as part of the initial screening to be a potential living kidney donor.

Sí/Yes I do No/No I do not doy mi permiso para permitir que el Programa de Trasplante informe al posible receptor que he enviado esta solicitud. No se compartirá información de salud con su posible receptor./give my permission to allow the transplant program to let the potential recipient know that I have submitted this application. No health information will be shared with your potential recipient.

Comprendo que la autorización para que me contacten o me realicen los análisis de laboratorio necesarios para la selección no crea ningún compromiso de continuar con la evaluación para la donación en vida./I understand that by giving my permission to be contacted and/or have screening labs drawn required no further commitment to proceed with evaluation of living donation

Firma del donante potencial: _____ Fecha: _____



TRNPLT



**KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM
LIVING DONOR APPLICATION – SPANISH**