

Texas Health Harris Methodist Fort Worth Transplant Intake Form

Name: _____ Date of Birth: _____ Age: _____

Medication Allergies: _____

Name of Primary Care Physician: _____ Phone Number: _____

Name of Current Nephrologist (Kidney Doctor): _____

Potential Living Donors: Yes ☐ No ☐ Request information about Living Donation? Yes ☐ No ☐

What caused your kidney disease? _____

Are you listed at another Transplant Center? Yes ☐ No ☐ If yes where? _____

Do you urinate? Yes ☐ No ☐ If Yes, more than 1 cup per day? Yes ☐ No ☐

Medical History

Select YES if you currently have the disease, select HX is you have had the disease in the past, select NO if you have never had the disease.

Seizures ☐ YES ☐ HX ☐ NO	Amputations ☐ YES ☐ HX ☐ NO	Frequent bladder infections ☐ YES ☐ HX ☐ NO
Stroke or CVA ☐ YES ☐ HX ☐ NO	TB/Tuberculosis ☐ YES ☐ HX ☐ NO	Urinary Incontinence ☐ YES ☐ HX ☐ NO
Blindness ☐ YES ☐ HX ☐ NO	Asthma ☐ YES ☐ HX ☐ NO	Kidney Stones ☐ YES ☐ HX ☐ NO
Hearing Loss ☐ YES ☐ HX ☐ NO	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) ☐ YES ☐ HX ☐ NO	Peripheral Vascular Disease ☐ YES ☐ HX ☐ NO
Sinus Infections ☐ YES ☐ HX ☐ NO	CPAP/BIPAP ☐ YES ☐ HX ☐ NO	Bleeding problems ☐ YES ☐ HX ☐ NO
High Blood Pressure ☐ YES ☐ HX ☐ NO	Lung Masses/Nodules ☐ YES ☐ HX ☐ NO	Blood Clots in legs or lungs ☐ YES ☐ HX ☐ NO
Pacemaker ☐ YES ☐ HX ☐ NO	Home Oxygen ☐ YES ☐ HX ☐ NO	Blood Transfusions ☐ YES ☐ HX ☐ NO
Heart Attack ☐ YES ☐ HX ☐ NO		How Many _____ Date of last Trans. _____
Heart Rhythm Issue ☐ YES ☐ HX ☐ NO	Diabetes ☐ YES ☐ HX ☐ NO Age of Diabetes Diagnosis: _____	Anxiety or Depression ☐ YES ☐ HX ☐ NO
Vascular Heart Disease ☐ YES ☐ HX ☐ NO	Thyroid Issues ☐ YES ☐ HX ☐ NO TYPE: _____	Psychiatric Illness ☐ YES ☐ HX ☐ NO Describe: _____
Sores on Feet ☐ YES ☐ HX ☐ NO	Stomach/Intestines Ulcers ☐ YES ☐ HX ☐ NO	Enlarged Prostate ☐ YES ☐ HX ☐ NO ☐ NO ☐ N/A
Gangrene ☐ YES ☐ HX ☐ NO	Blood in Stools or Vomit ☐ YES ☐ HX ☐ NO	

Texas Health Harris Methodist Fort Worth Transplant Intake Form

Procedure/Surgical History					
If you have had a procedure/surgery listed below check yes and indicate approximate date of procedure, age at time of procedure, comments, and physician office or hospital that can be contacted to obtain records.					
Procedure	Yes/No	Date	Age	Comment Specify Right or Left	Location of Records
Removal of skin lesion or mole	☐ Yes ☐ No				
CT or MRI of Head	☐ Yes ☐ No				
Spinal Surgery	☐ Yes ☐ No			Specify Level of Spine ☐ C 1-7 ☐ T 1-12 ☐ L1-5 ☐ S 1-5	
Neck Surgery	☐ Yes ☐ No			Name/Type of Procedure	
Stents	☐ Yes ☐ No			Where:	
EGD	☐ Yes ☐ No				
Echocardiogram (Ultrasound of the Heart)	☐ Yes ☐ No				
Cardiac Stress Test	☐ Yes ☐ No				
CABG (Coronary Artery Bypass Graft)	☐ Yes ☐ No			How many vessels:	
Surgery to increase blood flow to arms or legs	☐ Yes ☐ No			Type and location of surgery:	
Chest/Lung Surgery	☐ Yes ☐ No				
Colon Surgery	☐ Yes ☐ No				
CT or MRI of Abdomen	☐ Yes ☐ No				
Bladder Surgery	☐ Yes ☐ No				
Bone Marrow Biopsy	☐ Yes ☐ No				
Joint Surgery	☐ Yes ☐ No			Type and Location of surgery:	
Breast Biopsy or Surgery	☐ Yes ☐ No			Results:	
Hysterectomy	☐ Yes ☐ No			☐ Full ☐ Partial Why:	
Other Surgeries					
Indicate all other surgeries or procedures that you have had, please provide date of procedure, age at time of procedure, specifics of surgery, and physician office or hospital that can be contacted to obtain records.					
Procedure	Date	Age	Comment Specify Right or Left	Location of Records	

Texas Health Harris Methodist Fort Worth Transplant Intake Form

Cancer History

Please indicate if you have had any of the following cancers.

Cancer	Yes/No	Type/Location	Treatment
Skin	☐ Yes ☐ No	☐ Basal Cell ☐ Squamous Cell ☐ Melanoma Location: _____	Treatment: _____ Last Treatment Date: _____ Name of Physician: _____ Location of Records: _____
Kidney	☐ Yes ☐ No	☐ Left ☐ Right	Treatment: _____ Last Treatment Date: _____ Name of Physician: _____ Location of Records: _____
Liver	☐ Yes ☐ No		Treatment: _____ Last Treatment Date: _____ Name of Physician: _____ Location of Records: _____
Colon	☐ Yes ☐ No		Treatment: _____ Last Treatment Date: _____ Name of Physician: _____ Location of Records: _____
Prostate	☐ Yes ☐ No		Treatment: _____ Last Treatment Date: _____ Name of Physician: _____ Location of Records: _____
Breast	☐ Yes ☐ No		Treatment: _____ Last Treatment Date: _____ Name of Physician: _____ Location of Records: _____

Other Cancer

Please list any other cancers not mentioned above.

Cancer Description	Type/Location	Treatment	Physician/Records
		Treatment: _____ Last Treatment Date: _____	Physician Name: _____ Records Location: _____
		Treatment: _____ Last Treatment Date: _____	Physician Name: _____ Records Location: _____

Infectious Diseases

Select YES if you currently have the infection, select HX is you have had the infection in the past, select NO if you have never had the infection.

HIV/AIDS	YES ☐ HX ☐ NO ☐	Hepatitis C	YES ☐ HX ☐ NO ☐	STD (Sexually Transmitted Disease)	YES ☐ HX ☐ NO ☐ TYPE: _____
Hepatitis B	YES ☐ HX ☐ NO ☐	Tuberculosis	YES ☐ HX ☐ NO ☐	Other: _____	YES ☐ HX ☐

Social/Functional Questionnaire

Can you walk a mile and climb 2 flights of stairs?	☐ Yes ☐ No
Are you able to clean your home by yourself?	☐ Yes ☐ No
Are you able to give yourself a bath or shower?	☐ Yes ☐ No
Are you able to dress yourself?	☐ Yes ☐ No

Texas Health Harris Methodist Fort Worth Transplant Intake Form

Are you able to use the bathroom by yourself?	☐ Yes ☐ No			
Can you walk without the assistance of a walker, cane, wheelchair, or another person?	☐ Yes ☐ No			
Do you ever urinate or have a bowel movement before you make it to the restroom?	☐ Yes ☐ No			
Are you able to prepare your own meals?	☐ Yes ☐ No			
Do you organize and take your own daily medications?	☐ Yes ☐ No			
Are you able to drive a car?	☐ Yes ☐ No			
Are you able to read and write?	☐ Yes ☐ No			
Do you exercise? Type _____ How Long _____ How Often _____	☐ Yes ☐ No			
Have you ever traveled outside the United States? When _____ Where _____	☐ Yes ☐ No			
How many years of education have you completed?				
Current living arrangements?	☐ Home/Apartment ☐ Nursing Home ☐ Assisted Living			
Who lives with you?				
Who will be your support person after surgery?				
Do you smoke or use any nicotine products? Type _____ How Much _____ How Long _____ Quit Date _____	☐ YES ☐ HX ☐ NO			
Do you drink alcohol? Type _____ How Much _____ How Often _____	☐ YES ☐ HX ☐ NO			
Do you use any illegal drugs? Type _____ How Much _____ How Often _____	☐ YES ☐ HX ☐ NO			
HEALTH MAINTENANCE				
Exam	Date of Last Exam	Physician who Completed Last Exam	Office/Hospital to Request Results	Frequency Needed for Transplant Listing
Dental				Yearly
Colonoscopy				Screening at age 50, then per GI recommendations
Mammogram				Screening at age 40, then yearly after age 45
Pap Smear				Every 3 years after becoming sexually active
*PLEASE CALL YOUR PHYSICIAN OFFICE TO MAKE AN APPOINTMENT TO COMPLETE ANY TESTING THAT HAS NOT BEEN PERFORMED WITHIN THE FREQUENCY REQUIRED. THIS WILL HELP SPEED UP THE TRANSPLANT EVALUATION PROCESS.				
PHYSICIAN TEAM				
Please list name of any physicians you have seen in the following specialties.				
Cardiology		Infections Disease		
Dermatology		Gastroenterology		
Neurology		Psychiatry		

Formulario de Registro de Trasplante de Texas Health Harris Methodist Fort Worth

Texas Health Harris Methodist Fort Worth Transplant Intake Form

Nombre / Name: _____ Fecha de nacimiento / Date of Birth: _____ Edad / Age: _____

Alergias a medicamentos / <i>Medication Allergies:</i> _____	
Nombre del médico de atención primaria / <i>Name of Primary Care Physician:</i> _____	Número de teléfono / <i>Phone Number:</i> _____
Nombre del nefrólogo actual (médico del riñón) / <i>Name of Current Nephrologist (Kidney Doctor):</i> _____	
Donantes vivos potenciales / <i>Potential Living Donors:</i> _____	☐ Sí / Yes ☐ No ☐ ¿Solicita información sobre la donación de donantes vivos? / <i>Request information about Living Donation?</i> ☐ Sí / Yes ☐ No ☐
¿Qué ocasionó su enfermedad renal? / <i>What caused your kidney disease?</i> _____	
¿Figura en la lista de otro centro de trasplantes? / <i>Are you listed at another Transplant Center?</i> ☐ Sí / Yes ☐ No ☐	En caso afirmativo, ¿dónde? / <i>If yes where?</i> _____
¿Produce orina? / <i>Do you urinate?</i> ☐ Sí / Yes ☐ No ☐ Si lo hace, ¿produce más de una taza por día? / <i>If Yes, more than 1 cup per day?</i> ☐ Sí / Yes ☐ No ☐	

Historial médico / Medical History		
Seleccione SÍ / YES si tiene la enfermedad ahora, seleccione HX si ha tenido la enfermedad anteriormente, seleccione NO si nunca tuvo la enfermedad. / Select YES if you currently have the disease, select HX is you have had the disease in the past, select NO if you have never had the disease.		
Convulsiones / <i>Seizures</i> ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No	Amputaciones / <i>Amputations</i> ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No	Infecciones frecuentes de la vejiga / <i>Frequent bladder infections</i> ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No
Accidente cerebrovascular / <i>Stroke or CVA</i> ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No	TB/Tuberculosis / <i>TB/Tuberculosis</i> ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No	Incontinencia urinaria / <i>Urinary Incontinence</i> ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No
Ceguera / <i>Blindness</i> ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No	Asma / <i>Asthma</i> ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No	Cálculos renales / <i>Kidney Stones</i> ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No
Pérdida de audición / <i>Hearing Loss</i> ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) / <i>Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)</i> ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No	Enfermedad vascular periférica / <i>Peripheral Vascular Disease</i> ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No
Infección sinusal / <i>Sinus Infections</i> ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No	CPAP/BIPAP / <i>CPAP/BIPAP</i> ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No	Problemas de sangrado / <i>Bleeding problems</i> ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No
Presión arterial alta / <i>High Blood Pressure</i> ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No	Masas/nódulos pulmonares / <i>Lung Masses/Nodules</i> ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No	Coágulos sanguíneos en las piernas o en los pulmones / <i>Blood Clots in legs or lungs</i> ☐ SÍ / YES ☐ HX ☒ No
Marcapasos / <i>Pacemaker</i> ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No	Oxígeno en casa/portátil / <i>Home Oxygen</i> ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No	Transfusiones de sangre / <i>Blood Transfusions</i> ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No
Ataque cardíaco / <i>Heart Attack</i> ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No		Cuántas / <i>How Many</i> _____

Formulario de Registro de Trasplante de Texas Health Harris Methodist Fort Worth
Texas Health Harris Methodist Fort Worth Transplant Intake Form

		Fecha de la última transfusión / <i>Date of last Trans.</i> _____
Problemas con el ritmo cardíaco / <i>Heart Rhythm Issue</i> ☐ Sí / YES ☐ HX ☐ No	Diabetes / <i>Diabetes</i> ☐ Sí / YES ☐ HX ☐ No Edad en la que fue diagnosticada la Diabetes / <i>Age of Diabetes Diagnosis:</i>	Ansiedad o depresión / <i>Anxiety or Depression</i> ☐ Sí / YES ☐ HX ☐ No
Enfermedad cardiovascular / <i>Vascular Heart Disease</i> ☐ Sí / YES ☐ HX ☐ No	Problemas de tiroides / <i>Thyroid Issues</i> ☐ Sí / YES ☐ HX ☐ No	Enfermedad psiquiátrica / <i>Psychiatric Illness</i> ☐ Sí / YES ☐ HX ☐ No Describe / <i>Describe:</i>
Úlceras en los pies / <i>Sores on Feet</i> ☐ Sí / YES ☐ HX ☐ No	Úlceras en el estómago/intestinos / <i>Stomach/Intestines Ulcers</i> ☐ Sí / YES ☐ HX ☐ No	Agrandamiento de la próstata / <i>Enlarged Prostate</i> ☐ Sí / Yes ☐ HX ☐ NO ☐ N/A
Gangrena / <i>Gangrene</i> ☐ Sí / YES ☐ HX ☐ No	Sangre en las heces o el vómito / <i>Blood in Stools or Vomit</i> ☐ Sí / YES ☐ HX ☐ No	

Historial de Procedimientos Quirúrgicos/cirugías / <i>Procedure/Surgical History</i>					
Si se ha sometido a alguna cirugía o procedimiento de los que se mencionan a continuación seleccione «Sí» e indique la fecha aproximada del procedimiento, su edad al momento en que se realizó el procedimiento, comentarios y el consultorio del médico u hospital al que se puede contactar para obtener los registros. / <i>If you have had a procedure/surgery listed below check yes and indicate approximate date of procedure, age at time of procedure, comments, and physician office or hospital that can be contacted to obtain records.</i>					
Procedimiento / <i>Procedure</i>	Sí/Yes / No	Fecha / <i>Date</i>	Edad / <i>Age</i>	Comentario Especifique del lado derecho o izquierdo / <i>Comment Specify Right or Left</i>	Ubicación de los registros / <i>Location of Records</i>
Extirpación de lesión cutánea o lunar / <i>Removal of skin lesion or mole</i>	☐ Sí / Yes ☐ No				
Resonancia magnética o Tomografía computarizada de la cabeza / <i>CT or MRI of Head</i>	☐ Sí / Yes ☐ No				
Cirugía de la columna vertebral / <i>Spinal Surgery</i>	☐ Sí / Yes ☐ No			Especifique el nivel en la columna vertebral / <i>Specify Level of Spine</i> ☐ C 1-7 ☐ T 1-12 ☐ L 1-5 ☐ S 1-5	
Cirugía de cuello	☐ Sí / Yes ☐ No			Nombre/Tipo de procedimiento / <i>Name/Type of Procedure</i>	
Endoprótesis / <i>Stents</i>	☐ Sí / Yes ☐ No			Dónde / <i>Where:</i>	
EGD / <i>EGD</i>	☐ Sí / Yes ☐ No				
Ecocardiograma (ultrasonido del corazón) / <i>Echocardiogram (Ultrasound of the Heart)</i>	☐ Sí / Yes ☐ No				

Formulario de Registro de Trasplante de Texas Health Harris Methodist Fort Worth
Texas Health Harris Methodist Fort Worth Transplant Intake Form

Prueba de esfuerzo cardíaco / <i>Cardiac Stress Test</i>	☐ Sí / Yes ☐ No				
Cirugía de revascularización coronaria (CABG) / <i>CABG (Coronary Artery Bypass Graft)</i>	☐ Sí / Yes ☐ No			Número de vasos sanguíneos / <i>How many vessels:</i>	
Cirugía para aumentar el flujo de sangre a los brazos o las piernas / <i>Surgery to increase blood flow to arms or legs</i>	☐ Sí / Yes ☐ No			Tipo y ubicación de la cirugía / <i>Type and location of surgery:</i>	
Cirugía de tórax/pulmón / <i>Chest/Lung Surgery</i>	☐ Sí / Yes ☐ No				
Cirugía de colon / <i>Colon Surgery</i>	☐ Sí / Yes ☐ No				
Resonancia magnética o Tomografía computarizada del abdomen / <i>CT or MRI of Abdomen</i>	☐ Sí / Yes ☐ No				
Cirugía de vejiga / <i>Bladder Surgery</i>	☐ Sí / Yes ☐ No				
Biopsia de médula ósea / <i>Bone Marrow Biopsy</i>	☐ Sí / Yes ☐ No				
Cirugía de Articulaciones / <i>Joint Surgery</i>	☐ Sí / Yes ☐ No			Tipo y ubicación de la cirugía / <i>Type and Location of surgery:</i>	
Biopsia o cirugía de mama / <i>Breast Biopsy or Surgery</i>	☐ Sí / Yes ☐ No			Resultados / <i>Results:</i>	
Histerectomía / <i>Hysterectomy</i>	☐ Sí / Yes ☐ No			☐ Completa / <i>Full</i> ☐ Parcial / <i>Partial</i> Motivo / <i>Why:</i>	
Otras cirugías / Other Surgeries					
Indique cualquier otra cirugía o procedimiento al que se haya sometido. Detalle la fecha del procedimiento, su edad al momento en que se realizó el procedimiento, detalles del procedimiento y el consultorio del médico o el hospital al que se puede contactar para obtener los registros. / Indicate all other surgeries or procedures that you have had, please provide date of procedure, age at time of procedure, specifics of surgery, and physician office or hospital that can be contacted to obtain records.					
Procedimiento / Procedure	Fecha / Date	Edad	Comentario Especifique del lado derecho o izquierdo / Comment Specify Right or Left	Ubicación de los registros / Location of Records	

Formulario de Registro de Trasplante de Texas Health Harris Methodist Fort Worth
Texas Health Harris Methodist Fort Worth Transplant Intake Form

Historial de cáncer / Cancer History			
Indique si ha tenido alguno de los siguientes tipos de cáncer. / Please indicate if you have had any of the following cancers.			
Cáncer / Cancer	Sí/Yes / No	Tipo/ubicación / Type/Location	Tratamiento / Treatment
Piel / Skin	☐ Sí / Yes ☐ No	☐ Células basales / Basal Cell ☐ Células escamosas / Squamous Cell ☐ Melanoma / Melanoma Ubicación / Location: _____	Tratamiento / Treatment: _____ Fecha de último tratamiento / Last Treatment Date: _____ Nombre del médico / Name of Physician: _____ Ubicación de los registros / Location of Records: _____
Riñón / Kidney	☐ Sí / Yes ☐ No	☐ Izquierdo / Left ☐ Derecho / Right	Tratamiento / Treatment: _____ Fecha de último tratamiento / Last Treatment Date: _____ Nombre del médico / Name of Physician: _____ Ubicación de los registros / Location of Records: _____
Hígado / Liver	☐ Sí / Yes ☐ No		Tratamiento / Treatment: _____ Fecha de último tratamiento / Last Treatment Date: _____ Nombre del médico / Name of Physician: _____ Ubicación de los registros / Location of Records: _____
Colon / Colon	☐ Sí / Yes ☐ No		Tratamiento / Treatment: _____ Fecha de último tratamiento / Last Treatment Date: _____ Nombre del médico / Name of Physician: _____ Ubicación de los registros / Location of Records: _____
Próstata / Prostate	☐ Sí / Yes ☐ No		Tratamiento / Treatment: _____ Fecha de último tratamiento / Last Treatment Date: _____ Nombre del médico / Name of Physician: _____ Ubicación de los registros / Location of Records: _____
Mama / Breast	☐ Sí / Yes ☐ No		Tratamiento / Treatment: _____ Fecha de último tratamiento / Last Treatment Date: _____ Nombre del médico / Name of Physician: _____ Ubicación de los registros / Location of Records: _____
Otro tipo de cáncer / Other Cancer			
Mencione cualquier otro tipo de cáncer que no se haya mencionado arriba. / Please list any other cancers not mentioned above.			
Descripción del cáncer / Cancer Description	Tipo/ubicación / Type/Location	Tratamiento / Treatment	Médico/Registros / Physician/Records
		Tratamiento / Treatment:	Nombre del médico / Physician Name:

Formulario de Registro de Trasplante de Texas Health Harris Methodist Fort Worth
Texas Health Harris Methodist Fort Worth Transplant Intake Form

		Fecha del último tratamiento / Last Treatment Date:	Ubicación de los registros / Records Location:
		Tratamiento / Treatment: Fecha del último tratamiento / Last Treatment Date:	Nombre del médico / Physician Name: Ubicación de los registros / Records Location:
Enfermedades infecciosas / Infectious Diseases			
Seleccione SÍ si tiene la infección ahora, seleccione HX si ha tenido la enfermedad anteriormente, seleccione NO si nunca tuvo la enfermedad. / Select YES if you currently have the infection, select HX if you have had the infection in the past, select NO if you have never had the infection.			
VIH/SIDA / HIV/AIDS ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No	Hepatitis C / Hepatitis C ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No	ETS (Enfermedad de transmisión sexual) / STD (Sexually Transmitted Disease) ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No	TIPO / TYPE:
Hepatitis B / Hepatitis B ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No	Tuberculosis / Tuberculosis ☐ SÍ / YES ☐ HX ☐ No	Otras / Other: _____ ☐ SÍ / YES ☐ HX	
Cuestionario de vida social y estado funcional / Social/Functional Questionnaire			
¿Puede caminar una milla y subir dos tramos de escaleras? / Can you walk a mile and climb 2 flights of stairs?		☐ Sí / Yes ☐ No	
¿Puede limpiar su hogar por su cuenta? / Are you able to clean your home by yourself?		☐ Sí / Yes ☐ No	
¿Puede bañarse o tomarse una ducha por su cuenta? / Are you able to give yourself a bath or shower?		☐ Sí / Yes ☐ No	
¿Puede vestirse por su cuenta? / Are you able to dress yourself?		☐ Sí / Yes ☐ No	
¿Puede ir al baño por su cuenta? / Are you able to use the bathroom by yourself?		☐ Sí / Yes ☐ No	
¿Puede caminar sin la ayuda de un bastón, andadera, silla de ruedas u otra persona? / Can you walk without the assistance of a walker, cane, wheelchair, or another person?		☐ Sí / Yes ☐ No	
¿A veces se orina o defeca antes de llegar al baño? / Do you ever urinate or have a bowel movement before you make it to the restroom?		☐ Sí / Yes ☐ No	
¿Puede preparar sus comidas por su cuenta? / Are you able to prepare your own meals?		☐ Sí / Yes ☐ No	
¿Puede organizar y tomar sus medicamentos diarios por su cuenta? / Do you organize and take your own daily medications?		☐ Sí / Yes ☐ No	
¿Puede manejar un coche? / Are you able to drive a car?		☐ Sí / Yes ☐ No	
¿Puede leer y escribir? / Are you able to read and write?		☐ Sí / Yes ☐ No	
¿Hace ejercicio? / Do you exercise? Tipo / Type _____ Cuánto tiempo / How Long _____ Qué tan seguido / How Often _____		☐ Sí / Yes ☐ No	
¿Alguna vez viajó fuera de los Estados Unidos? / Have you ever traveled outside the United States? Cuándo / When _____ Dónde / Where _____		☐ Sí / Yes ☐ No	
¿Cuántos años de educación completó? / How many years of education have you completed?			
Tipo de residencia actual / Current living arrangements? ☐ Casa/Apartamento / Home/Apartment ☐ Asilo de ancianos / Nursing Home ☐ Vivienda asistida / Assisted Living			
¿Quién vive con usted? / Who lives with you?			
¿Quién será su acompañante después de la cirugía? / Who will be your support person after surgery? _____			

Formulario de Registro de Trasplante de Texas Health Harris Methodist Fort Worth
Texas Health Harris Methodist Fort Worth Transplant Intake Form

¿Fuma o consume algún producto que contenga nicotina? / <i>Do you smoke or use any nicotine products?</i> Tipo / Type _____ Cuánto / How Much _____ Desde hace cuánto tiempo / How Long _____ Fecha en que lo dejó / Quit Date _____		☐ Sí / YES ☐ HX ☐ No	
¿Bebe alcohol? / Do you drink alcohol? Tipo / Type _____ Cuánto / How Much _____ Qué tan seguido / How Often _____		☐ Sí / YES ☐ HX ☐ No	
¿Utiliza algún tipo de droga ilegal? / Do you use any illegal drugs? Tipo / Type _____ Cuánto / How Much _____ Qué tan seguido / How Often _____		☐ Sí / YES ☐ HX ☐ No	
MANTENIMIENTO DE LA SALUD / HEALTH MAINTENANCE			
Examen / Exam	Fecha del examen más reciente / <i>Date of Last Exam</i>	Médico que realizó el examen más reciente / <i>Physician who Completed Last Exam</i>	Consultorio/Hospital donde se encuentran los resultados / <i>Office/Hospital to Request Results</i>
Exámenes odontológicos / Dental			Frecuencia necesaria para permanecer en la lista de trasplantes / <i>Frequency Needed for Transplant Listing</i> Anual / Yearly
Colonoscopia / Colonoscopy			Examen a los 50 años, luego en función de la recomendación del gastroenterólogo / <i>Screening at age 50, then per GI recommendations</i>
Mamografía / Mammogram			Examen a los 40 años, luego anualmente después de los 45 años / <i>Screening at age 40, then yearly after age 45</i>
Papanicolaou / Pap Smear			Cada tres años después de iniciada la actividad sexual / <i>Every 3 years after becoming sexually active</i>
*LLAME AL CONSULTORIO DEL MÉDICO PARA ACORDAR UNA CITA PARA REALIZAR LAS PRUEBAS QUE NO SE HAYAN REALIZADO DENTRO DE LA FRECUENCIA EXIGIDA. ESTO AYUDARÁ A ACELERAR EL PROCESO DE EVALUACIÓN DE TRASPLANTE. / PLEASE CALL YOUR PHYSICIAN OFFICE TO MAKE AN APPOINTMENT TO COMPLETE ANY TESTING THAT HAS NOT BEEN PERFORMED WITHIN THE FREQUENCY REQUIRED. THIS WILL HELP SPEED UP THE TRANSPLANT EVALUATION PROCESS.			
EQUIPO MÉDICO / PHYSICIAN TEAM			
Mencione el nombre de los médicos que lo hayan atendido en las siguientes especialidades. / <i>Please list name of any physicians you have seen in the following specialties.</i>			
Cardiología / Cardiology		Enfermedades infecciosas / Infections Disease	
Dermatología / Dermatology		Gastroenterología / Gastroenterology	
Neurología / Neurology		Psiquiatría / Psychiatry	