

DONANTE: Solicitud e Historial de Salud de Donante Vivo

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 Ave., Suite 450
Fort Worth, Texas 76104**

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

Fax: **817-250-5136** Correo electrónico: **THFWKidneyTransplant@TexasHealth.org**

DONANTE: Solicitud e Historial de Salud de Donación en Vida

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/Address _____ Nro. de apartamento/Apartment # _____

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

Teléfono Particular/Home Phone _____ Teléfono del Trabajo/Work Phone _____

Correo electrónico/Email Address _____ Teléfono Celular/Cell Phone _____

Contacto de emergencia/Emergency contact _____

¿Es ciudadano de los Estados Unidos?/Are you a U.S. Citizen Sí/Yes No Número de seguro social/SS# _____

Nivel de Educación/Education level:

Primaria/Grade School Preparatoria/High School Universidad/College/Tech school/Escuela Técnica
Post-graduate /Posgrado

DONANTE POTENCIAL PARA/POTENTIAL DONOR FOR _____

Su relación con el beneficiario /Your relationship to the recipient Familia/Family; hermano(a)/sibling, padres/parent, etc
 Otro Miembro de familia /Other family suegros/in-laws 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?/Are you working?: Tiempo completo/Full time Tiempo parcial/Part time Autónomo/Self-employed
 Desempleado/Unemployed ¿Cuántas horas por día?/How many hours/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 would be able to help you around the time of surgery? _____

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

¿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 Sarampión/Measles Sí/Yes No
- Varicela/Chickenpox Sí/Yes No Fiebre reumática/Rheumatic Sí/Yes No
- Mononucleosis 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? _____

Su estatura es /Your height is _____ Su peso es /Your weight is _____ libras/lbs. Kg

¿Este es su peso normal?/ Is this your usual weight? 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 any that apply to you

- 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 la médula 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/Telephone # _____

2. OJOS, GARGANTA, NARIZ Y OÍDO/EYE, EAR, NOSE, AND THROAT Marque todas las opciones que correspondan a su caso/Check any that apply to you

- 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/Any additional problems/surgeries/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 & Throat Doctor) _____ No. de Teléfono/Telephone # _____

3. CARDÍACO (Corazón)/CARDIAC (Heart) Marque todas las opciones que correspondan a su caso/Check any that apply to you

- 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/Any additional problems/surgeries/recent testing that you have had related to your heart

Cardiólogo (Médico Especialista del Corazón)/Cardiologist (Heart Doctor) _____ No. De teléfono/Telephone # _____

4. **PULMONARY (PULMONAR)/LUNG(Pulmones)** Marque todas las opciones que correspondan a su caso/Check any that apply to you..

- Tuberculosis/TB 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/Any additional problems/surgeries/recent testing that you have had related to your lungs

Pulmonologist (Neumólogo) (Médico especialista en pulmones)/(Lung Doctor) _____ No. de teléfono/Telephone # _____

5. **ENDOCRINOLOGÍA (Diabetes o tiroides)/ENDOCRINOLOGY (Diabetes or Thyroid)**

Marque todas las opciones que correspondan a su caso/Check any that apply to you...

- Diabético/Diabetic Sí/Yes No Edad que tenía cuando se la diagnosticaron/Age when diagnosed _____
- 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) _____
Nro. de teléfono/Telephone # _____

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

Marque todo lo que corresponda/Check all that apply

- Antecedentes de hepatitis/History of Hepatitis/ Sí/Yes No
- Úlcera en el estómago o en los intestinos/Ulcer in stomach or 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 or gallbladder problems Sí/Yes No
- Diverticulosis/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/Any additional problems/surgeries/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 (Doctor for abdomen, stomach, liver and/or intestines) _____
 No. de teléfono/Telephone # _____

7. UROLOGÍA (riñones, vejiga, uréteres y uretra) Marque todo lo que corresponda/Check all that apply...

- UROLOGY** (Kidney/bladder/ureter/urethra)
- 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, sneeze Sí/Yes No
 - Antecedentes de infecciones renales/
History of kidney infections Sí/Yes No
 - Antecedentes de infecciones renales/History of kidney infections 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/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 (Doctor for kidney / bladder/ureter/urethra) _____
 No. de teléfono/Telephone # _____

8. HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA, REUMATOLOGÍA (Sangre y Marque todo lo que corresponda/Check all that apply....
 cáncer)/**HEMATOLOGY/ONCOLOGY /RHEUMATOLOGY** (Blood/Cancer)

- 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? _____

¿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/recent testing that you have had related to your blood problem or cancer _____

Nombre del hematólogo, oncólogo, reumatólogo/Hematologist/Oncologist/Rheumatologist's Name _____

No. de teléfono/Telephone # _____

9. GINECOLOGÍA(Senos/Órganos femeninos)/GYNECOLOGY (Breasts/Female Organs)

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

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

¿Tuvo niveles elevados de azúcar en la sangre 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 anormalidad?/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 anormalidad?/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/recent testing that you have had related to your female organs _____

Ginecólogo(a) (Médico(a)de mujeres)/Gynecologist's (Female Doctor) _____ No. de teléfono/Telephone # _____

Nombre del médico especialista de seno /Breast Doctor's Name _____ No. de teléfono/Telephone # _____

10. PSICOSOCIAL (Salud mental y social)/PSYCHOSOCIAL (Mental/Social)

Marque todas las opciones que correspondan a su caso/Check all that apply...

Antecedentes de enfermedades mentales/History of Mental Illness Sí/Yes No

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

Nombre del psicólogo/Psychologist's Name _____

No. de teléfono/Telephone # _____

11. INFORMACIÓN ADICIONAL/ADDITIONAL INFORMATION

¿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

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/Age at death (If no longer living)
Padre/Father	_____	_____	_____
Madre/Mother	_____	_____	_____
Hermanos/Brothers	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Hermanas/Sister	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Hijos/Sons	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Hijas/Daughters	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

13. HÁBITOS DE SALUD/HEALTH HABITS

¿Usted fuma?/Do you currently smoke? Sí/Yes No Cantidad/Amount _____

¿Alguna vez fumó?/Have you ever smoked? Sí/Yes No Paquetes por día/Packs per day _____
Fecha en la que dejó de fumar/Date that you quit _____

¿Por cuantos años ha fumado?/How many years have you been smoking?

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

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

¿Cuántas veces come?/How many meals do you eat _____ por día/per day?

Cantidad de tazas de café/Amount of coffee cups _____ por día/per day?

Cantidad de tazas de té/Amount of tea _____ por día/cups per day?

Bebidas cafeinadas/Caffeinated beverages _____ por día/per day?

Cantidad de alcohol/Amount of alcohol _____ por día/per day?

Es necesario completar esta encuesta de salud de rutina para poder ser considerado donante vivo potencial. / Completion of this routine health survey is required in order to be considered as a potential living donor.

Yo/I _____ doy mi autorización para que me contacten del Programa de Transplante de Riñón de Texas Health. / give my permission to be contacted by the Texas 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.

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/Potential donor's signature _____ Fecha/Date _____