

Programa de Trasplantes de Riñón

Kidney Transplant Program

Paquete de solicitud para trasplante / Transplant Application Packet

La siguiente información se debe incluir con la solicitud / The following information should be included with the application:

1. Solicitud actual / Current application
2. Antecedentes y examen físico del nefrólogo del/de la paciente / History & physical examination of the patient's nephrologist
3. Evaluación inicial de diálisis realizada por el/la trabajador(a) social / Initial Dialysis Assessment by Social Worker
4. Evaluación inicial de diálisis realizada por el/la dietista / Initial Dialysis Assessment by Dietitian
5. Resultados actuales de análisis de laboratorio / Current lab results
6. Copia legible de las tarjetas de identificación y del seguro (frente y reverso): tarjetas de Medicare y Medicaid, tarjetas para medicamentos recetados, tarjetas del Seguro Social, identificación con fotografía, tarjeta de residente (si corresponde) / Legible copy of insurance and identification cards (front & back): Medicare & Medicaid cards, prescription cards, Social Security cards, picture ID, resident card (if applicable)
7. Copia legible del formulario CMS 2728 del/de la paciente / Legible copy of patient's CMS 2728 form
8. Cualesquiera registros disponibles, como imágenes de radiología o chequeos de detección de cáncer (p. ej., mamografía, Papanicolaou y/o colonoscopia). / Any available records, such as radiology images or cancer screenings (e.g., mammogram, Pap smear, and/or colonoscopy).

Si desea ser considerado/a como un potencial receptor, llene esta solicitud y envíela por correo postal, fax o correo electrónico a / If you would like to be considered as a potential recipient, please complete this application and mail, fax or email it to:



Texas Health Harris Methodist Hospital Fort Worth
Kidney Transplant Program
1325 Pennsylvania Avenue, Suite 450
Fort Worth, Texas 76104

Si tiene alguna pregunta, llámenos al / For questions, please call: **817-250-2443**.

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



TRNSPLNT



KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM
RECIPIENT APPLICATION SPANISH

Solicitud para trasplante de riñón / Kidney Transplant Application

Apellido / Last Name: _____ Nombre / First Name: _____

Segundo nombre o inicial / Middle Name or Initial: _____ Apellido de soltera / Maiden Name: _____

Dirección / Address: _____ Núm. de apartamento / Apt #: _____

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

Dirección de correo electrónico / Email Address: _____

Teléfono de casa / Home Phone: _____ Teléfono celular / Cell Phone: _____

¿Le gustaría programar su cita en nuestro consultorio principal en / ☐ Fort Worth, TX o ☐ Midland, TX (clínica satélite / satellite clinic)?
Would you like your appointment scheduled at our main office in

Indique si es: ¿Ciudadano/a estadounidense? / Are you a: U.S. Citizen? ☐ Sí / Yes ☐ No ¿Extranjero/a residente/tiene tarjeta de residente
permanente (Greencard)? / Resident Alien/Greencard? ☐ Sí / Yes ☐ No ¿Extranjero/a no residente / Non-Resident Alien? ☐ Sí / Yes ☐ No

Fecha de nacimiento / Date of Birth: _____ Edad / Age: _____ Sexo / Sex: ☐ M o / or ☐ F

Peso / Weight: _____ ☐ lbs. ☐ kg Estatura / Height: _____ ☐ inch./pulg. ☐ cm Núm. de Seguro Social / SS #: _____

Estado civil / Marital Status: _____ Nombre del/de la cónyuge / Spouse Name: _____

Raza (marque una opción) / Race: (check one) ☐ Blanca / White ☐ Negra / Black ☐ Hispana / Hispanic
☐ Indígena estadounidense/nativa de Alaska / American Indian/Alaskan Native ☐ Asiática / Asian
☐ Isleña del Pacífico / Pacific Islander ☐ De Oriente Medio/árabe / Mid-East/Arabian
☐ Subcontinente del área de la India / Indian Sub-Continent ☐ Otra / Other: _____

Idioma principal que habla / Primary language spoken: _____

Ocupación / Occupation: _____ Empleador / Employer: _____

Teléfono del trabajo / Work Phone: _____

¿Podríamos contactarlo/a en el trabajo? / May we contact you at work? ☐ Sí / Yes ☐ No

Estado laboral / Employment Status: ☐ Tiempo completo / Full-time ☐ Medio tiempo / Part-time ☐ Discapacitado/a / Disabled
☐ No trabaja / Not working ☐ Jubilado/a / Retired

Nefrólogo (médico del riñón) o médico referente / Nephrologist (kidney doctor) or referring physician: _____

Centro de diálisis / Dialysis Center: _____ Núm. de teléfono del médico / Physician Phone: _____

Núm. de teléfono del centro de diálisis / Dialysis Center Phone: _____ Primer día de diálisis / First date of Dialysis: _____

Tipo de diálisis (marque una opción) / Type of Dialysis (check one) ☐ Hemodiálisis en casa ☐ Peritoneal ambulatoria continua (DPAC)
☐ Diálisis peritoneal de ciclo continuo ☐ Hemodiálisis en el centro

Días de diálisis (marque una opción) / Days of Dialysis (check one) ☐ Lu, Mi, Vi / M, W, F ☐ Mar, Jue, Sáb / T, Th, S ☐ Otros: _____

Turno de diálisis (marque una opción) / Dialysis shift (check one) ☐ 1.º / 1st ☐ 2.º / 2nd ☐ 3.º / 3rd ☐ 4.º / 4th

¿Trasplante anterior? / Previous transplant? ☐ Sí / Yes ☐ No Si la respuesta es "Sí", indique el tipo de órgano, la fecha y el lugar /
If "yes", list the organ type, date, and location: _____

Números de teléfono para casos de emergencia y relación con el/la paciente / Phone numbers in case of emergency and relationship to patient:

Nombre / Name: _____ Núm. / Phone: _____

Nombre / Name: _____ Núm. / Phone: _____

Nombre / Name: _____ Núm. / Phone: _____

Nombre / Name: _____ Núm. / Phone: _____



TRANSPLNT



KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM
RECIPIENT APPLICATION SPANISH

Cobertura del seguro: Incluya copias legibles de sus tarjetas del seguro (frente y reverso), incluidas las tarjetas de beneficios de medicamentos recetados, Medicare y Medicaid / Insurance Coverage: Please include legible copies of your insurance cards (front & back), including Medicare, Medicaid and Prescription benefits cards

Núm. de Medicare / Medicare #: _____

Vigencia de la Parte A / Part A effective: _____ Vigencia de la Parte B / Part B effective: _____ Vigencia de la Parte D / Part D effective: _____

Plan de medicamentos recetados de la Parte D (PDP) / Part D Prescription Drug Plan (PDP): _____

Núm. de Medicaid / Medicaid #: _____ Fecha de vigencia / Effective Date: _____

Núm. de Texas Kidney Health / Texas Kidney Health #: _____ Fecha de vigencia / Effective Date: _____

SEGURO PRIMARIO / PRIMARY INSURANCE _____

Nombre del seguro primario / Primary Insurance Name: _____ ☐ PPO ☐ HMO ☐ POS

Dirección de reclamaciones / Claims Address: _____

Núm. de teléfono de los beneficios del seguro / Insurance Benefits Phone #: _____

Núm. de identificación de la póliza / Policy ID #: _____ Núm. del grupo / Group #: _____

Nombre del/de la titular de la póliza / Policy Holder's Name: _____ Relación con el/la paciente / Relationship to Patient: _____

Núm. de Seguro Social del/de la titular de la póliza / Policy Holder's SS #: _____ Fecha de nacimiento / DOB: _____

Empleador del/de la titular de la póliza / Policy Holder's Employer: _____ Teléfono / Phone: _____

SEGURO SECUNDARIO / SECONDARY INSURANCE _____

Nombre del seguro secundario / Secondary Insurance Name: _____ ☐ PPO ☐ HMO ☐ POS

Dirección de reclamaciones / Claims Address: _____

Núm. de teléfono de los beneficios del seguro / Insurance Benefits Phone #: _____

Núm. de identificación de la póliza / Policy ID #: _____ Núm. del grupo / Group #: _____

Nombre del/de la titular de la póliza / Policy Holder's Name: _____ Relación con el/la paciente / Relationship to Patient: _____

Núm. de Seguro Social del/de la titular de la póliza / Policy Holder's SS #: _____ Fecha de nacimiento / DOB: _____

Empleador del/de la titular de la póliza / Policy Holder's Employer: _____ Teléfono / Phone: _____

SEGURO DE FARMACIA / PHARMACY INSURANCE _____

Beneficios de medicamentos recetados / Prescription Benefits: _____

Nombre del plan de medicamentos recetados / Prescription Drug Plan Name: _____

Núm. de identificación / ID #: _____ Teléfono / Phone: _____



TRANSPLNT



**KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM
RECIPIENT APPLICATION SPANISH**

Page 3 of 5
ETHFW-0005SP (04/22)

Para comenzar su evaluación, es necesario completar esta solicitud. / Completion of this application is required in order to start your evaluation.

Yo, _____, doy mi permiso para que me contacten del Programa de trasplante de Riñón de Texas Health Harris Methodist Hospital Fort Worth para recibir más información sobre el trasplante de riñón. / I, _____, give my permission to be contacted by the Texas Health Harris Methodist Hospital Fort Worth Kidney Transplant Program to receive more information about kidney transplant.

☐ **SÍ, LO DOY / Yes, I DO** ☐ **No, NO LO DOY / No, I DO NOT**

Según lo indicado, he elegido lo siguiente con respecto a la recepción de información de parte del Centro y/o de mi médico a través de mensajes de texto. Texas Health ofrece la opción de recibir mensajes enviados a un número que yo proporcione. Los mensajes podrían incluir información privada protegida bajo la ley federal y estatal. Entiendo que los mensajes de texto no están encriptados y no son seguros. Existe el riesgo de que la información de salud no protegida pueda ser vista por terceros. Podrían aplicarse tarifas de transmisión de datos y mensajes _____. / As indicated, I have chosen the following regarding receiving information from the Center and/or my physician via text messages. Texas Health offers the option to have messages sent to a number that I provide. Messages may include private information protected under federal and state law. I understand that text messages are not encrypted and are not secure. There is a risk that unprotected health information may be viewed by third parties. Fees may apply for the transmission of data and messages _____.

Entiendo que presentar esta solicitud y dar mi permiso para que me contacten de ningún modo garantiza que recibiré un trasplante de riñón. / I understand that submitting this application and giving my permission to be contacted in no way guarantees that I will receive a kidney transplant.

Firma del receptor potencial / Potential recipient's signature

Fecha / Date



TRANSPLNT



**KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM
RECIPIENT APPLICATION SPANISH**

Page 4 of 5
ETHFW-0005SP (04/22)

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL/DE LA PACIENTE
AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT INFORMATION

Nombre del/de la paciente /
Name of Patient: _____

Número de teléfono /
Phone Number: _____

Otros nombres utilizados /
Other Names Used: _____

Fecha de nacimiento /
Date of Birth: _____

Número de Seguro Social /
Social Security Number: XXX - ____ - ____

Yo, el/la que suscribe, autorizo la divulgación o solicito que se brinde acceso a la información detallada a continuación incluida en la(s) historia(s) clínica(s) del/de la paciente mencionado/a anteriormente. / I, the undersigned, authorize the release of or request access to the information specified below from the medical record(s) of the above-named patient.

SE REQUIERE LA INFORMACIÓN DEL/DE LA PACIENTE PARA (seleccione una opción) / PATIENT INFORMATION IS NEEDED FOR: (please select one option)

- ☐ Continuar la atención médica / Continuing Medical Care ☐ Asuntos militares / Military ☐ Uso personal / Personal Use ☐ Centro de estudios / School ☐ Seguro / Insurance
- ☐ Propósitos legales / Legal Purposes ☐ Seguro social/discapacidad / Social Security/Disability ☒ Otros / Other: **Evaluación para trasplante de riñón / Kidney Transplant Evaluation**

FECHA(S) DE TRATAMIENTO / DATE(S) OF TREATMENT: _____

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ O A LA CUAL SE PODRÁ ACCEDER / INFORMATION TO BE RELEASED OR ACCESSED:

- ☐ Antecedentes y examen físico / History & Physical ☐ Informe de consulta / Consultation Report ☐ Registro de la sala de emergencias / Emergency Room Record
- ☐ Informes operativos / Operative Reports ☐ Resumen de alta o muerte / Discharge/Death Summary ☐ Resumen del expediente clínico / Summary of the clinical record
- ☐ Informes de laboratorio o de patología / Lab/Pathology Reports ☐ Informes de radiología / Radiology Reports ☐ Instrucciones de alta / Discharge Instructions
- ☐ Salud del comportamiento / Behavioral Health ☐ Imágenes de radiología / Radiology Images ☐ Otros / Other: _____

FORMATO SOLICITADO PARA BRINDAR LA INFORMACIÓN / FORMAT REQUESTED FOR INFORMATION TO BE PROVIDED:

- ☐ Papel / Paper ☒ Medio electrónico* (tomará 2 días hábiles) / Electronic media* (requires 2 business days) ☐ Divulgar la información a la cuenta de MyCare (formato solamente para información almacenada electrónicamente) / Release to MyCare account (only applies to data stored electronically)

MÉTODO DE ENTREGA / METHOD OF DELIVERY:

- ☐ Recoger en persona (se le notificará por vía telefónica cuando la información esté lista) / Pick Up (You will be notified via a telephone call when records are ready for pick up)
- ☐ Por correo a la dirección que se indica a continuación / Mail to Address listed below ☒ **Enviar por fax al / Fax to 817-250-5136**

La información indicada anteriormente se puede divulgar a: /
May release the above information to: _____

(Nombre del hospital) / (Hospital Name)

**Programa de Trasplantes de Riñón de Texas Health Harris Methodist Hospital Fort Worth /
Texas Health Harris Methodist Hospital Fort Worth Kidney Transplant Program**

(Nombre) / (Name)

1325 Pennsylvania Ave., Suite 450, Fort Worth, TX 76104 / 817-250-2443 / FAX: 817-250-5136

Dirección (calle, estado, código postal) / Address (Street, State, Zip Code)

Número de teléfono / Phone Number

Comprendo que mi historia clínica es confidencial y no puede divulgarse sin mi autorización escrita, salvo cuando la ley permita lo contrario. El destinatario puede volver a divulgar la información que se utilice o divulgue de conformidad con esta autorización, en cuyo caso es posible que ya no sea información protegida. Entiendo que la información detallada cuya divulgación autorizo podría incluir, entre otros datos: antecedentes, diagnósticos o tratamientos por abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales o contagiosas, lo que incluye el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). / I understand that my records are confidential and cannot be disclosed without my written authorization, except when otherwise permitted by law. Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected. I understand that the specified information to be released may include, but is not limited to: history, diagnoses, and/or treatment of drug or alcohol abuse, mental illness, or communicable disease, including Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS).

Entiendo que el tratamiento o el pago no pueden estar condicionados al hecho de que yo firme esta autorización, excepto en determinadas circunstancias, como en el caso de participar en programas de investigación o de autorizar la divulgación de resultados de pruebas para la preselección laboral. Entiendo que podré revocar la presente autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que se hayan realizado acciones en virtud de dicha autorización. Entiendo que se me podría cobrar una tarifa de procesamiento/recuperación y por las copias de mis historias clínicas de conformidad con la ley que regula los hospitales de Texas. / I understand that treatment or payment cannot be conditioned on my signing this authorization, except in certain circumstances such as for participation in research programs, or authorization of the release of testing results for pre-employment purposes. I understand that I may revoke this authorization in writing at any time except to the extent that action has been taken in reliance upon the authorization. I understand I may be charged a retrieval/processing fee and for copies of my medical records according to Texas Hospital Licensing law.

Esta autorización vencerá ciento ochenta (180) días después de la fecha de mi firma, a menos que la revoque antes de dicha fecha o que se especifique a continuación lo contrario debido a otra fecha, evento o condición: / This authorization will expire one hundred eighty (180) days from the date of my signature unless I revoke the authorization prior to that time or unless otherwise specified by date, event, or condition as follows:

Fecha / Date: _____

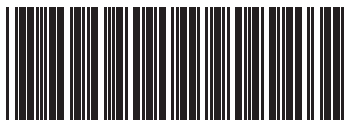
Firma / Signature: _____

Paciente o representante legalmente autorizado/a / Patient or Legally Authorized Representative

Relación con el/la paciente / Relationship to Patient

Nombre del/de la paciente o representante legalmente autorizado/a (en letra de imprenta) /
Printed Name of Patient or Legally Authorized Representative

Para uso del departamento: MRN/Acct. # / For Department use: MRN/Acct. #



TRNSPLNT



**AUTHORIZATION FOR RELEASE
OF PATIENT INFORMATION**

Page 5 of 5
EXTHR239S (04/22)