



**Baylor Scott & White**  
ANNETTE C. AND HAROLD C. SIMMONS  
TRANSPLANT INSTITUTE

BAYLOR UNIVERSITY MEDICAL CENTER - DALLAS  
BAYLOR SCOTT & WHITE ALL SAINTS MEDICAL CENTER - FORT WORTH

## Formulario de Derivación para Trasplante de Riñón

**Dallas y Longview:**  
Baylor University Medical Center  
Programa de Trasplantes Abdominales  
Attn.: Departamento de Pretrasplante  
3410 Worth St., Suite 950  
Dallas, Texas 75246  
Tel.: 214.820.2050, Fax: 214.820.6213

**Fort Worth, Lubbock y Amarillo:**  
Baylor Scott & White All Saints Medical  
Center - Fort Worth  
Programa de Trasplantes Abdominales  
Attn.: Departamento de Pretrasplante  
1400 8<sup>th</sup> Ave., Fort Worth, Texas 76104  
Tel.: 817.922.4650, Fax: 817.922.2310

**Entregue el FORMULARIO DE DERIVACIÓN lleno y los siguientes DOCUMENTOS:**

- Copia de una identificación emitida por el gobierno (como su licencia de conducir)
- Copia de su tarjeta de residencia (si no es ciudadano de los EE. UU.)
- Copia de sus tarjetas de seguro (anverso y reverso)
- Si recibe diálisis, copia del formulario HCFA 2728
- Si no recibe diálisis, eGFR o depuración de creatinina de 24 horas
- Resultados recientes de análisis, anamnesis y exploración física (se recomienda, pero no es obligatorio)

**DERIVACIÓN PARA TRASPLANTE**

Derivación para trasplante de:  Riñón  Riñón y páncreas  Sólo páncreas  
Ubicación solicitada para las pruebas de evaluación:  Dallas  Longview  Fort Worth  Lubbock  Amarillo

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ No. de Seguridad Social: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino  
Dirección: Apt. No.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Raza:  Blanca  Negra  Asiática  India-americana/esquimal/ALEU  Hawaiana o nativa de las islas del Pacífico  Otra  
Origen étnico:  Hispano  No hispano Ciudadano estadounidense:  Sí  No Residente de EE. UU.:  Sí  No  
¿Habla usted inglés?  Sí  No Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_  
Las primas del seguro las paga:  Usted  Empleador  Centro de diálisis  American Kidney Fund  Otro

**EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA**

Nombre del proveedor que deriva al paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Nombre del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Centro de diálisis: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  No recibe diálisis  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Tipo de diálisis:  Hemodiálisis  Peritoneal  Hemodiálisis en casa Días de diálisis:  Lu/Mi/Vi  Ma/Ju/Sa  
Persona que entrega la derivación (nombre): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA**

Estatura: \_\_\_\_\_ ¿Qué causó su insuficiencia renal? \_\_\_\_\_  
Peso: \_\_\_\_\_  Sí  No ¿Vive usted de manera permanente en una residencia de ancianos?  
 Sí  No ¿Actualmente recibe tratamiento para el cáncer con quimioterapia?  
 Sí  No ¿Actualmente tiene heridas abiertas?  
 Sí  No ¿Ha consumido sustancias prohibidas en los últimos 3 meses (excepto marihuana)?

**Antecedentes de tabaquismo:**  Nunca fumó  Fuma actualmente: Cajetillas al día: \_\_\_\_\_  Fumaba antes: Año en que lo dejó: \_\_\_\_\_

**Drogas:**  Nunca  Sí: Última vez que consumió: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

**Historial de trasplantes:** ¿Está en la lista de espera en otro centro de trasplantes?  Sí  No

Centro de trasplantes: \_\_\_\_\_ Coordinador de trasplantes: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Trasplante anterior:  Sí  No Tipo: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS: Mencione sólo los nombres (no necesita indicar la dosis ni la frecuencia)**


**PRUEBAS DE DETECCIÓN DE CÁNCER:** Tipo: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_

Prueba de Papanicolaou		
Mamografía		
Colonoscopia		

**PULMONARES (pulmones)**

- Tuberculosis (TB)
- Resultado positivo en prueba cutánea de TB  
De ser así, ¿cuándo se le dio tratamiento?  
\_\_\_\_\_
- Anomalías en radiografía torácica
- Bronquitis crónica
- Asma
- Enfisema o EPOC
- Uso de oxígeno
- Apnea del sueño
- Uso de CPAP
- Masas o nódulos pulmonares
- Cáncer de pulmón

Cualquier otro problema, cirugía o prueba reciente relacionado con sus pulmones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CARDIACOS y VASCULARES (corazón y circulación)**

- Hipertensión (presión arterial alta)
- Hipervolemia frecuente o insuficiencia cardiaca congestiva
- Arteriopatía coronaria o cardiopatía
- Infarto de miocardio
- Cirugía cardiaca
- Mala circulación
- Dolor de piernas al caminar
- Amputaciones
- Coágulos de sangre/TVP

Cualquier otro problema, cirugía o prueba reciente relacionado con su corazón o la circulación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cardiólogo: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Cirujano vascular: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

**NEFROLOGÍA O UROLOGÍA (riñones, vejiga, uréter, uretra)**

- Infecciones de vejiga frecuentes
- Infecciones renales
- Cálculos renales
- De ser así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_
- ¿Se le ha extirpado un riñón?  
 Sí  No
- De ser así, ¿cuál?  
 DERECHO  IZQUIERDO  AMBOS

Cualquier otro problema, cirugía o prueba reciente relacionado con sus riñones, vejiga, uréteres o uretra: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Urólogo: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

**GASTROENTEROLOGÍA (abdomen, intestinos, hígado, estómago)**

- Enfermedad hepática
- Hepatitis B
- Recibió la vacuna contra la hepatitis B
- Hepatitis C
- Reflujo o acidez estomacal
- Problemas al tragar
- Vómito con sangre
- Problemas intestinales
- Úlcera estomacal
- Pólipos
- Sangre en las heces
- Diverticulosis

¿Le han realizado alguna colonoscopia?  
 Sí  No  
¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Le han realizado una endoscopia en la parte superior?  
 Sí  No  
¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
¿Por qué? \_\_\_\_\_

Cualquier otro problema, cirugía o prueba reciente relacionado con su abdomen, intestinos, hígado o estómago: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gastroenterólogo: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Hepatólogo: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

**ENDOCRINOLOGÍA (diabetes o glándula tiroidea)**

- Diabetes de tipo 1: Edad al momento del diagnóstico: \_\_\_\_\_
- Diabetes de tipo 2: Edad al momento del diagnóstico: \_\_\_\_\_
- Masas o nódulos en la tiroides
- Extirpación quirúrgica de la tiroides

Hospitalizaciones relacionadas con la diabetes (indique fecha, nombre del hospital y causas de su hospitalización): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Endocrinólogo: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

**NEUROLOGÍA (cerebro y médula espinal)**

- Dolores de cabeza
- Traumatismo craneoencefálico
- Convulsiones
- Accidente cerebrovascular
- Lesión de la médula espinal

Cualquier otro problema, cirugía o prueba reciente relacionado con su cerebro o médula espinal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Neurólogo: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

**HEMATOLOGÍA, ONCOLOGÍA O REUMATOLOGÍA (sangre, cáncer, enfermedad autoinmunitaria)**

- Problemas hemorrágicos
- Hemofilia
- Anemia drepanocítica
- Amiloidosis
- Lupus eritematoso disseminado
- Vasculitis
- Síndrome de Goodpasture
- Cáncer  
Tipo: \_\_\_\_\_  
Tratamiento recibido: \_\_\_\_\_  
Cuándo se diagnosticó el cáncer: \_\_\_\_\_

Fecha del último tratamiento: \_\_\_\_\_  
¿Ha recibido alguna transfusión de sangre?  
 Sí  No

Cualquier otro problema, cirugía o prueba reciente relacionado con su corazón o la circulación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Oncólogo: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Reumatólogo: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

**GINECOLOGÍA (mamas y órganos femeninos)**

- ¿Se le ha hecho una histerectomía (extirpación quirúrgica del útero)?
- Anomalia en prueba de Papanicolaou
- Bultos o masas en los senos
- Anomalia en mamografía
- Biopsia mamaria

Cualquier otro problema, cirugía o prueba reciente relacionado con sus órganos femeninos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ginecólogo: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

**ENFERMEDAD INFECCIOSA (VIH)**

- ¿Tiene el virus de la inmunodeficiencia humana?  
 Sí  No
- De ser así, ¿cuánto tiempo lleva en tratamiento por el VIH? \_\_\_\_\_
- ¿Su carga viral es indetectable?  
 Sí  No

Médico que trata su VIH: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

**DERMATOLOGÍA (piel)**

- ¿Tiene algún trastorno en la piel?  
 Sí  No
- De ser así, ¿de qué tipo?  
\_\_\_\_\_

Dermatólogo: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_



## Evaluación para trasplante de riñón y autorización para la divulgación de información

Solicito que Baylor Scott & White All Saints Medical Center Fort Worth (FW) y Baylor University Medical Center (BUMC), parte de Baylor Scott & White Health, comiencen el proceso de autorización financiera y mi evaluación para trasplante. Entiendo que para iniciar este proceso se contactará a mis compañías de seguro. Autorizo que mis médicos trasladen mi expediente médico a FW y BUMC. Asimismo, autorizo a FW y BUMC a divulgar cualquier información médica relacionada con mi diagnóstico y/o tratamiento, lo cual incluye, entre otros, información vinculada a enfermedades transmisibles tales como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), resultados de pruebas de laboratorio, antecedentes médicos, tratamientos y toda otra información relacionada con: 1) representantes de agencias locales, estatales o federales, de conformidad con la ley; 2) Medicare; 3) Medicaid; 4) mi compañía aseguradora o sus representantes designados; 5) cualquier persona o entidad que sea económicamente responsable de mi atención o tratamiento; 6) empleados y/o representantes de FW y BUMC para la investigación y defensa de cualquier reclamación o demanda, real o potencial, que se haya presentado o se pueda presentar en contra de FW y BUMC o de cualquier miembro del personal médico y de los médicos residentes de FW y BUMC; y/o 7) personas o entidades para fines de mejora de la calidad, investigación médica educativa, acreditaciones u otros fines que normalmente tienen los hospitales y el personal médico al llevar a cabo sus funciones. La duración de esta autorización es indefinida. Entiendo que puede ser necesario divulgar esta información a fin de obtener el pago de cualesquiera gastos médicos en que se incurra en FW y BUMC. Además, autorizo la divulgación de esta información a los profesionales de la salud asociados con mi atención fuera de FW y BUMC para facilitar mi atención médica posterior.

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente