

Formulario de Derivación para Trasplante de Riñón
Baylor University Medical Center- DALLAS



Envíe el formulario de referencia y los documentos a KidneyTpxReferralDallas@bswhealth.org or Fax: 214.820.6213 Tel: 214.820.2050

- Copia de una *licencia de conducir* (identificación por el gobierno) Si recibe diálisis, copia del formulario HCFA 2728
 Copia de su tarjeta de residencia (*si no es ciudadano de los EE. UU.*) Si no recibe diálisis, eGFR
 Copia de sus tarjetas de seguro (*anverso y reverso*) Resultados recientes de análisis, anamnesis y exploración física

DERIVACIÓN PARA TRASPLANTE

Derivación para trasplante de: Riñón Riñón y páncreas Sólo páncreas

EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre (en letra de imprenta):		Fecha de nacimiento:	Edad:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	CP:
Celular:	Teléfono Alternativo:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
No. de Seguridad Social:	Correo electrónico:		
Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Hawaiana o nativa de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> India-americana/esquimal/ALEU		Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	
Ciudadano estadounidense: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No, especificar		¿Habla usted inglés? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Idioma de preferencia:	
Las primas del seguro las paga: <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Centro de diálisis <input type="checkbox"/> American Kidney Fund <input type="checkbox"/> Otro			

EQUIPO DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del proveedor que deriva al paciente:		Teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	CP:
Centro de diálisis:		Teléfono:	<input type="checkbox"/> No recibe diálisis
Dirección:	Ciudad:	Estado:	CP:
Tipo de diálisis: <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Peritoneal <input type="checkbox"/> Hemodiálisis en casa		Días de diálisis: <input type="checkbox"/> Lu/Mi/Vi <input type="checkbox"/> Ma/Ju/Sa	
Persona que entrega la derivación (nombre):		Teléfono:	Correo electrónico:

INFORMACIÓN MÉDICA

Peso:	Estatura:	¿Qué causó su insuficiencia renal?
Nicotina:	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Tipo actual:	<input type="checkbox"/> Tipo Previa:
Drogas:	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Tipo actual:	<input type="checkbox"/> Tipo Previa: Último uso:

HISTORIAL DE TRASPLANTES

¿Está en la lista de espera en otro centro de trasplantes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Centro de trasplantes:	
Coordinador de trasplantes:	Coordinador de trasplantes teléfono:	
Trasplante anterior: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo:	Fecha: Dónde:

PRUEBAS DE DETECCIÓN DE CÁNCER

Tipo:	Cuándo:	Dónde:
Prueba de Papanicolaou		
Mamografía		
Colonoscopia		

Formulario de Derivación para Trasplante de Riñón

Kidney Transplant Referral Form

Baylor University Medical Center- DALLAS



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

(Consent for Kidney Transplant Evaluation and Release of Information)

Solicito que 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 BUMC. Asimismo, autorizo a 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 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 BUMC o de cualquier miembro del personal médico y de los médicos residentes de 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 BUMC. Además, autorizo la divulgación de esta información a los profesionales de la salud asociados con mi atención fuera de BUMC para facilitar mi atención médica posterior.

_____	_____
Nombre del paciente (en letra de imprenta)	Fecha de nacimiento
_____	_____
Firma del paciente	Fecha

Baylor Scott and White Health Permiso de Comunicación Verbal

(Permission for Verbal Communication)

Doy mi permiso para que el personal de Baylor Scott & White Health hable sobre mi información médica personal, ya sea en persona o por teléfono, con las siguientes personas que participan en mi atención médica, con los siguientes fines:

- Para programar o confirmar oralmente mis citas;
- Para hablar de mi atención, incluidos los resultados de los análisis diagnósticos, de mi diagnóstico y pronóstico, y de los planes de tratamiento, que pudieran incluir expedientes de salud mental, notas de psicoterapia, resultados de análisis de SIDA/VIH, expedientes de tratamiento para el abuso de sustancias, expedientes del banco de sangre o información genética; o
- Para hablar de la facturación y pago de los servicios médicos.

Entiendo que este documento se aplica a todos los departamentos, proveedores de atención médica o empleados de Baylor Scott & White Health. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que una vez que sea revelada a las personas designadas, dichas personas podrían a su vez divulgarla y entonces perdería la protección otorgada por las leyes estatales y federales de privacidad.

Nombre / Patient Contact(s) Name	Teléfono / Phone Number	Relación / Relationship	Role
			Verbal Communication
			Verbal Communication

También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al enviar una declaración de revocación por escrito a Baylor Scott & White Health – Office of Corporate Compliance, 2401 S. 31st Street, MSAR-300, Temple, Texas 76508. Este documento no permite la publicación de información escrita a estos individuos. Si me rehúso a firmar esta autorización, esto no tendrá ningún efecto negativo sobre la atención médica que reciba en Baylor Scott & White Health.

_____	_____
Nombre del paciente (en letra de imprenta)	Fecha de nacimiento
_____	_____
Firma del paciente	Fecha