



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

SOLICITUD PARA TRASPLANTE DE RIÑÓN

Quisiera que me consideraran para: Riñón Riñón/Páncreas Páncreas solamente

Quisiera que las pruebas de evaluación se realizaran en: Dallas Longview
 Fort Worth Lubbock Amarillo

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		Nombre:		
Dirección:	Núm. apartamento #:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Núm. Seguro Social:		Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano/Esquimal/Aleutiano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra				
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Origen hispano <input type="checkbox"/> No de origen hispano				
Núm. de teléfono:		Núm. celular:	Correo electrónico:	
Ciudadano de EE. UU.: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma preferido:		¿Habla inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Contacto de emergencia:			Núm. de teléfono:	

INFORMACIÓN DE MEDICARE/MEDICAID			(Adjunte una copia de todas las tarjetas de seguro)
Núm. ident. Medicare:	Núm. ident. Medicaid:	Núm. de plan de salud de Texas Kidney Health Plan:	

INFORMACIÓN DE SEGURO		
Nombre del titular primario de la póliza:	Fecha de nacimiento:	Núm. Seguro Social:
Aseguradora:	Núm. servicio al cliente:	
Núm. de póliza/ Ident.:	Núm. de grupo:	

INFORMACIÓN ADICIONAL		Médico que remite:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Núm. teléfono:	Núm. fax:			
Nombre de centro de diálisis:	Núm. teléfono:	Ciudad:		
Trabajador social de centro de diálisis:				
Tipo de diálisis: <input type="checkbox"/> Todavía no recibo diálisis <input type="checkbox"/> Peritoneal <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Hemodiálisis en domicilio	Estatura:	Peso:		
Días de diálisis: <input type="checkbox"/> Lun./Mié./Vie. <input type="checkbox"/> Mar./Jue./Sáb.	Fecha de la primera diálisis:			
Trasplante previo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, centro de trasplante:		Ciudad:	Fecha:

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA COMENZAR LA EVALUACIÓN Y EL PROCESO DE AUDITORÍA FINANCIERA

Solicito que Baylor Scott & White All Saints Medical Center – Fort Worth y (FW) Baylor University Medical Center (BUMC) comiencen el proceso de auditoría financiera y evaluación de trasplante para mí. Entiendo que se comunicarán con mis aseguradoras para iniciar este proceso. Autorizo a mis médicos a revelar el contenido de mis expedientes médicos a FW y BUMC. Autorizo a FW y BUMC a divulgar mi información médica relacionada con mi diagnóstico o tratamiento, incluido, entre otros, los datos sobre enfermedades con-tagiosas, como la del virus de inmunodeficiencia humana (“VIH”) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (“SIDA”), los resultados de análisis de laboratorio, historial médico, tratamientos o cualquier otra información relacionada a: 1) los representantes de agencias locales, estatales o federales de conformidad con la ley; 2) Medicare; 3) Medicaid; 4) mi aseguradora o sus representantes designados; 5) toda persona o entidad con la responsabilidad económica de mi atención o tratamiento; 6) los empleados o representantes de FW y BUMC para la investigación y defensa de una demanda o causa de acción, actual o potencial, que se asevère o se pueda aseverar contra FW y BUMC o contra cualquier miembro del personal médico y de la plantilla de FW y BUMC, o 7) las personas o entidades para fines de reformas de calidad, fines educativos, de investigación médica, de acreditaciones u otros propósitos que utilizan habitualmente los hospitales y el personal médico para llevar a cabo sus funciones. Esta autorización se mantendrá vigente indefinidamente. Entiendo que la presente información se podría tener que divulgar para pagar los gastos médicos que se hayan incurrido en FW y BUMC. Autorizo además a que se divulgue esta información a los proveedores de atención médica asociados con mis cuidados fuera de FW y BUMC para facilitar aún más los servicios de atención médica.

Firma del paciente:	Fecha:
Nombre en letra de imprenta:	

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS		(Proporcione una copia de los siguientes documentos obligatorios)
<input type="checkbox"/> Copia de ident. emitida por el gobierno, como licencia de conducir o pasaporte	Si recibe diálisis:	<input type="checkbox"/> Historial de cumplimiento reciente
<input type="checkbox"/> Copia de tarjetas de seguro (al frente y al dorso)		<input type="checkbox"/> Prueba de tuberculosis (dentro del último año)
<input type="checkbox"/> Historial y examen físico recientes del nefrólogo (dentro del último año)	Si no recibe diálisis:	<input type="checkbox"/> Copia del Formulario 2728 de HCFA
<input type="checkbox"/> Estatura y peso más recientes por parte del nefrólogo o centro de diálisis		<input type="checkbox"/> Estimación del índice de filtración glomerular o depuración de creatinina de 24 horas

Las direcciones para las solicitudes de Baylor Scott y White Annette C. y Harold C. Simmons Transplant Institute son:

Para Dallas and Longview:
Baylor University Medical Center
Abdominal Transplant Program
Attention: Pre-Transplant Department
3410 Worth Street, Suite 950, Dallas TX 75246
Ph: 214.820.2050 • Fax: 214.820.6213

Para Fort Worth, Lubbock and Amarillo:
Baylor Scott & White All Saints Medical Center - Fort Worth
Attention: Pre-Transplant Department
1400 8th Avenue, Fort Worth, TX 76104
Ph: 817.922.4650 • Fax: 817.922.2310