

Información Demográfica (Por favor use letra de imprenta) (Use tinta azul o negra)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono de casa: _____ Número de teléfono móvil: _____

Mejor hora para contactarle: Mañana (8am-12pm) Tarde: (12pm-4pm) (Elija una opción con un círculo)

Correo electrónico: _____

Ocupación: _____ Teléfono del trabajo: _____

Podemos contactarle en su trabajo: Sí/No (Elija una opción con un círculo)

Ciudadano Estadounidense: Sí/No (Elija una opción con un círculo)

Número de seguro social: _____ (Sólo para propósitos de registración)

Estado civil: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Raza: _____ Sexo: _____

Tiene hijos: Sí/No (Elija una opción con un círculo) Si su respuesta es sí, cuántos y sus edades: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Información del Receptor

Nombre del receptor: _____ Fecha de nacimiento del receptor: _____

Relación con el receptor: Familia (por favor especifique) _____

Amigo Vecino Compañero de Trabajo Otra/Ninguna

Historial Médico

Nombre y dirección del médico de cabecera: _____

Número de teléfono del médico de cabecera: _____

¿Tiene actualmente seguro médico? Sí/No (Elija una opción con un círculo)

Alergias a medicamentos y alimentos: _____

¿Es alérgico al Látex? Sí/No (Elija una opción con un círculo)

¿Es alérgico a los contrastes intravenosos o a los mariscos? Sí/No (Elija una opción con un círculo)

HISTORIAL MÉDICO

Historial Médico (SUYO)	Sí	No	Historial Médico (FAMILIA)	Sí	No	Relación
Presión arterial alta			Presión arterial alta			
Diabetes			Diabetes			
Enfermedad del corazón			Enfermedad del corazón			
Cáncer: _____ tipo			Cáncer: _____ tipo			
¿Cuándo?: _____						
Melanoma: _____						
Problemas del pulmón			Problemas del pulmón			
Tuberculosis/Prueba cutánea positiva de tuberculosis (TB)			Tuberculosis/Prueba cutánea positiva de tuberculosis (TB)			
Anemia			Anemia			
Cálculo renal: año _____			Cálculo renal: año _____			
Migrañas/Dolores de cabeza crónicos			Migrañas/Dolores de cabeza crónicos			
Convulsiones			Convulsiones			
Infección de la vejiga			Infección de la vejiga			
Problemas ginecológicos			Problemas ginecológicos			
Lupus			Lupus			
Mareo / Pérdida de memoria			Mareo / Pérdida de memoria			
Problemas estomacales / intestinales			Problemas estomacales / intestinales			
Herpes			Herpes			
Problemas de próstata			Problemas de próstata			

Psicosocial	Sí	No	Office Notes:
Perforaciones corporales/tatuajes			
¿Usted Fuma? Si su respuesta es sí, cuántos paquetes al día. ____			
Consumo de alcohol: ____ Cantidad diaria ____ Cantidad semanal ____ Cantidad mensual			
Historial de consumo de drogas			
Historial de depresión			
Historial de bulimia/anorexia			

Enumere sus medicamentos y dosis respectivas: (Si es necesario, use papel adicional)

Medicamento	Dosis	¿Con qué frecuencia?

Enumere todas sus cirugías y las fechas en las que se llevaron a cabo: (Si es necesario, use papel adicional)

Cirugía	Fecha	Ubicación

¿Ha viajado fuera del país durante los últimos 6 meses? Si su respuesta es sí, ¿cuándo? _____

Por favor verifique su presión arterial y regístrela aquí: _____/_____

Fecha: _____ ¿Dónde fue tomada?: _____

Si sus números son mayores de 140/80, por favor provea una lectura adicional _____/_____

¿Cuál es el plazo deseado para la donación? (Elija una opción con un círculo) 3-6meses 6meses-1 año Más de 1 año

¿Cómo supo acerca de ser un donante vivo? (Elija una opción con un círculo)

Familia Amigos Comunidad Redes Sociales, por favor, especifique _____ Otro, por favor, especifique _____

Los resultados actuales de receptores de trasplante tanto nacionales como de programas específicos son actualizados cada seis meses y pueden ser encontrados en el Registro Científico de Receptores de Trasplante (Scientific Registry of Transplant Recipient, SRTR) en la página de internet www.SRTR.org. En este momento no hay resultados nacionales o de centros específicos para donantes vivos calculados por el SRTR. Si tiene preguntas con respecto a estos datos o acerca de cómo navegar la página de internet, puede discutirlos con un miembro de su equipo de donantes vivos.

He leído y entendido el material educativo del paciente para posibles donantes vivos que me fue proveído. He respondido estas preguntas en la medida de mis capacidades y sin coerción. Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento con respecto a ser un donante vivo. Deseo continuar con mi evaluación si soy un candidato apropiado.

En este momento mi deseo para donar, en una escala de 1 a 10 es: _____.

Firma: _____ Fecha: _____

For Office Use Only

Date Received: _____

Assigned to: _____

Reviewed by: _____

BMI _____ / MRN _____

ILDA Team Member Signature: _____

DATE: _____