

Texas Health Harris Methodist Hospital Fort Worth

# Programa de trasplantes de riñón

DONANTE / DONOR

Solicitud para ser donante vivo y

Antecedentes de salud del donante vivo /

Living Donor Application and

Health History

Si desea ser considerado/a como donante vivo,

llene esta solicitud y envíela por correo postal, fax o correo electrónico a:

**Programa de Trasplantes de Riñón de**

**Texas Health Harris Methodist Hospital Fort Worth**

1325 Pennsylvania Avenue, Suite 450

Fort Worth, Texas 76104

Fax: 817-250-5136

Correo electrónico: [THFWKidneyTransplant@TexasHealth.org](mailto:THFWKidneyTransplant@TexasHealth.org)

Si tiene preguntas, llame al 817-250-2443

Solicitud/Antecedentes de salud

Apellido / Last name: Primer nombre / First name:
Segundo nombre o inicial / Middle name or initial: Apellido de soltera / Maiden name:
Fecha de nacimiento / Date of birth: Sexo / Gender:
Edad / Age: Raza / Race :
Dirección / Street address: Departamento núm. / Apartment no:
Condado / County: Ciudad / City: Estado / State: Código postal / Zip:
Teléfono de la casa / Home phone: Teléfono del trabajo / Work phone:
Dirección de correo electrónico / Email address: Teléfono celular / Cell phone:
Contacto de emergencia / Emergency contact: Teléfono / Phone:
¿Es usted ciudadano/a de los Estados Unidos? / Are you a U.S. citizen?
Número de Seguro Social / Social Security No:
¿Extranjero/a residente/Tarjeta de residente (Green Card)? / Resident Alien/Green Card?
¿Extranjero no residente? / Non-resident Alien?
Educación / Education:
Escuela primaria (0-8) / Grade school (0-8)
Escuela secundaria/Certificado de educación general (GED)/High school/GED
Universidad/Escuela técnica / College/Tech school
Asociado/Licenciado / Associate/Bachelor
Estudios de posgrado / Post-graduate

Donante potencial para / Potential donor for:
Su relación con el/la receptor(a) (Encierre la relación específica) / Your relation to the recipient (Please circle specific relation) :
Pariete consanguíneo/a / Blood related relative: Hijo/a / Child Hermano/a / Full Sibling Medio/a hermano/a / Half Sibling
Gemelo/a / Identical Twin Otros / Other:
Pariete no biológico/a / Non biological relative: Pareja / Life Partner Cónyuge / Spouse Otros / Other:

¿Trabaja en la actualidad? / Are you currently working?
Ocupación / Occupation:
Empleador / Employer:
¿Podemos contactarlo/a mientras esté en el trabajo, de ser necesario? / May we contact you at work, if needed?
Datos laborales / Employment:
Tiempo completo / Full time
Tiempo parcial / Part time
Independiente / Self-employed
Desempleado/a / Unemployed
¿Cuántas horas al día? / How many hours/day?
¿Realiza actividades extenuantes en el trabajo? / Do you perform strenuous activities at work?
Si la respuesta es "Sí", explique / If yes, please explain:
¿Cuenta con seguro de salud? / Do you have health insurance?
¿Quién podrá ayudarle alrededor del momento de la cirugía? / Who will be able to help you around the time of surgery?
Nombre de su médico personal / Name of your personal physician: Dirección / Address:
¿Tuvo alguna enfermedad grave durante la infancia? / Did you have any serious illnesses as a child?
Si la respuesta es "Sí", explique / If yes, please explain:



\*TRNPLT\*



KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM
LIVING DONOR APPLICATION - SPANISH

ETHFW-0006S 09/21

PATIENT IDENTIFICATION

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? / Have you had the following?

Paperas / Mumps  Sí / Yes  No

Sarampión / Measles  Sí / Yes  No

Varicela / Chickenpox  Sí / Yes  No

Mononucleosis / Mononucleosis  Sí / Yes  No

Fiebre reumática / Rheumatic Fever  Sí / Yes  No

¿Suele viajar al extranjero (fuera de los Estados Unidos)? / Do you travel outside the United States?  Sí / Yes  No

Si la respuesta es "Sí", indique cuándo y adónde / If yes, where and when: \_\_\_\_\_

Su estatura es / Your height is: \_\_\_\_\_ Su peso es / Your weight is: \_\_\_\_\_  lb. / lbs.  kg / kg

¿Es este su peso habitual?/Is this your usual weight?:  Sí / Yes  No

Indique los nombres de los medicamentos que toma (recetados y de venta libre) / Please list the name of any medications you take (prescribed and over-the-counter) : \_\_\_\_\_

Alergias / Allergies: \_\_\_\_\_

### 1. NEUROLOGÍA / NEUROLOGY (cerebro y médula espinal)

Marque sí o no:

Dolores de cabeza / Headaches  Sí / Yes  No

Lesión en la cabeza / Head injury  Sí / Yes  No

Convulsiones / Seizures  Sí / Yes  No

Dolor de espalda / Back pain  Sí / Yes  No

Otros problemas, cirugías o pruebas recientes relacionados con el cerebro o la médula espinal / Additional problems/surgeries/any recent testing that you have had related to your brain or spinal cord: \_\_\_\_\_

Neurólogo (médico especialista en el cerebro) / Neurologist (brain doctor): \_\_\_\_\_

Teléfono / Phone: \_\_\_\_\_

### 2. OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA / EYE, EAR, NOSE AND THROAT

Marque sí o no:

Ceguera / Blindness  Sí / Yes  No

Sordera/Pérdida de la audición / Deafness/  Sí / Yes  No

Hearing Loss  Sí / Yes  No

Infecciones sinusales / Sinus infections  Sí / Yes  No

Problemas o cirugías adicionales o cualquier prueba que le hayan hecho recientemente, relacionados con sus ojos, oídos, nariz y/o garganta / Additional problems/surgeries/any recent testing that you have had related to your eyes, ears, nose and/or throat: \_\_\_\_\_

ENT (médico especialista en ojos, oídos, nariz y garganta) / ENT (eye, ear, nose and throat doctor): \_\_\_\_\_

Teléfono / Phone: \_\_\_\_\_



PATIENT IDENTIFICATION

**KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM  
LIVING DONOR APPLICATION - SPANISH**

ETHFW-0006S 09/21

Page 1 of 8

**3. RDÍACOS / CARDIAC** (corazón)

- Marque sí o no:
- Presión arterial alta / High blood pressure  Sí / Yes  No
- Hinchazón en los tobillos / Swollen ankles  Sí / Yes  No
- Enfermedad cardíaca / Heart disease  Sí / Yes  No
- Infarto / Heart attack  Sí / Yes  No
- Marcapasos / Pacemaker  Sí / Yes  No
- Cirugía de corazón / Heart surgery  Sí / Yes  No
- Palpitaciones cardíacas / Heart palpitations  Sí / Yes  No

Otros problemas, cirugías o pruebas recientes relacionados con el corazón / Additional problems/surgeries/any recent testing that you have had related to your heart: \_\_\_\_\_

Cardiólogo (médico especialista en el corazón) / Cardiologist (heart doctor): \_\_\_\_\_

Teléfono / Phone: \_\_\_\_\_

**4. PULMONARES / PULMONARY** (pulmones)

- Marque sí o no:
- TB/Tuberculosis / TB/Tuberculosis  Sí / Yes  No
- Bronquitis / Bronchitis  Sí / Yes  No
- Asma / Asthma  Sí / Yes  No
- Sibilancias / Wheezing  Sí / Yes  No
- Falta de aire / Shortness of breath  Sí / Yes  No
- Antecedentes de masas/nódulos pulmonares / History of lung masses/nodules  Sí / Yes  No
- Antecedentes de cáncer de pulmón / History of lung cancer  Sí / Yes  No

Otros problemas, cirugías o pruebas recientes relacionados con los pulmones / Additional problems/surgeries/any recent testing that you have had related to your lungs: \_\_\_\_\_

Neumólogo (médico especialista en pulmones) / Pulmonologist (lung doctor): \_\_\_\_\_

Teléfono / Phone: \_\_\_\_\_

**5. ENDOCRINOLOGÍA / ENDOCRINOLOGY** (diabetes o tiroides)

- Marque sí o no:
- Diabético/a / Diabetic  Sí / Yes  No
- Problemas de la tiroides / Thyroid problems  Sí / Yes  No
- ¿Tiene antecedentes familiares de diabetes? / Does anyone in your family have diabetes?  Sí / Yes  No
- ¿Tiene antecedentes familiares de problemas de tiroides? / Does anyone in your family have thyroid problems?  Sí / Yes  No

Edad que tenía al momento del diagnóstico / Age when diagnosed: \_\_\_\_\_

Endocrinólogo (médico especialista en diabetes y tiroides) / Endocrinologist (diabetes/thyroid doctor): \_\_\_\_\_

Teléfono / Phone: \_\_\_\_\_



PATIENT IDENTIFICATION

**KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM  
LIVING DONOR APPLICATION - SPANISH**

ETHFW-0006S 09/21

Page 3 of 8

**6. GASTROENTEROLOGÍA / GASTROENTEROLOGY** (abdomen, intestinos, hígado y estómago)

Marque sí o no:

Antecedentes de hepatitis / History of hepatitis  Sí / Yes  No

Úlcera en el estómago o los intestinos / Ulcer in stomach/intestines  Sí / Yes  No

Antecedentes de heces sanguinolentas / History of blood in stools  Sí / Yes  No

Antecedentes de cálculos biliares/problemas de la vesícula biliar / History of gallstones/gallbladder problems  Sí / Yes  No

Diverticulosis / Diverticulosis  Sí / Yes  No

Antecedentes de vómitos con sangre / History of vomiting blood  Sí / Yes  No

Problemas con el esófago / Problems with esophagus  Sí / Yes  No

Antecedentes de diarrea / History of diarrhea  Sí / Yes  No

Antecedentes de estreñimiento / History of constipation  Sí / Yes  No

¿Alguna vez le han hecho una colonoscopia (endoscopia inferior) o EGD (endoscopia superior)? / Have you ever had a colonoscopy (lower endoscopy) or EGD (upper endoscopy)?  Sí / Yes  No

¿Cuándo? / When: \_\_\_\_\_ Motivo / Why: \_\_\_\_\_

Otros problemas, cirugías o pruebas recientes relacionados con el abdomen, los intestinos, el hígado y/o el estómago / Additional problems/surgeries/any recent testing that you have had related to your abdomen, intestines, liver and/or stomach: \_\_\_\_\_

Gastroenterólogo (médico especialista en abdomen, estómago, hígado e intestinos) / Gastroenterologist (abdomen, stomach, liver and/or intestines doctor) : \_\_\_\_\_

Teléfono / Phone: \_\_\_\_\_

**7. UROLOGÍA / UROLOGY** (riñones, vejiga, uréter y uretra)

Marque sí o no:

Infecciones frecuentes de la vejiga / Frequent bladder infections  Sí / Yes  No

Micción dolorosa / Painful urination  Sí / Yes  No

Dificultad para orinar / Difficult to urinate  Sí / Yes  No

Micción frecuente / Urinate frequently  Sí / Yes  No

Pérdida del control de la vejiga al toser, reírse o estornudar / Lose control of bladder when you cough, laugh or sneeze  Sí / Yes  No

Antecedentes de cálculos renales / History of kidney stones  Sí / Yes  No

Antecedentes de agrandamiento de la próstata / History of enlarged prostate  Sí / Yes  No

Antecedentes de cirugías de vejiga / History of bladder surgeries  Sí / Yes  No

Si la respuesta es "Sí", ¿por qué motivo? / If yes, why?: \_\_\_\_\_



PATIENT IDENTIFICATION

**KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM  
LIVING DONOR APPLICATION - SPANISH**

ETHFW-0006S 09/21

Page 4 of 8

Problemas o cirugías adicionales o cualquier prueba que le hayan hecho recientemente, relacionados con sus riñones, vejiga, uréter y/o uretra /  
Additional problems/surgeries/any recent testing that you have had related to your kidneys, bladder, ureters and/or urethra: \_\_\_\_\_

Urólogo (médico especialista en riñones, vejiga, uréter y uretra) / Urologist (kidney/bladder/ureter/urethra doctor): \_\_\_\_\_

Teléfono / Phone: \_\_\_\_\_

**8. HEMATOLOGÍA/ONCOLOGÍA/REUMATOLOGÍA / HEMATOLOGY/ONCOLOGY/RHEUMATOLOGY** (riñón, vejiga, uréter y uretra)

Marque sí o no:

Antecedentes de problemas de sangrado /  
History of bleeding problems  Sí / Yes  No

Antecedentes de dificultades de coagulación /  
History of difficulty clotting  Sí / Yes  No

Hematomas frecuentes / Frequent bruising  Sí / Yes  No

Coágulos sanguíneos en las piernas o en los  
pulmones / Blood clots in legs or lungs  Sí / Yes  No

Hemorragias nasales frecuentes / Frequent  
nosebleeds  Sí / Yes  No

¿Tiene artritis? / Do you have arthritis?  Sí / Yes  No

¿Tiene dolor muscular o en articulaciones? /  
Do you have muscle or joint pains?  Sí / Yes  No

Antecedentes de agrandamiento de la  
próstata / History of enlarged prostate  Sí / Yes  No

¿Tiene antecedentes de cáncer? / Do you  
have a history of cancer?  Sí / Yes  No

Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipo de cáncer? / If yes, what type of cancer? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue diagnosticado el cáncer? / When was the cancer diagnosed? \_\_\_\_\_

¿Qué tratamiento se hizo? / What treatment was done? \_\_\_\_\_

La fecha del último tratamiento fue / Date of last treatment was: \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes familiares de algún tipo  
de cáncer? / Do you have a family history of  
any type of cancer?  Sí / Yes  No

Si la respuesta es "Sí", ¿quién es el familiar afectado y cuál es el tipo de cáncer? / If yes, what relative and type of cancer? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le han hecho una transfusión de  
sangre? / Have you ever had a blood  
transfusion?  Sí / Yes  No

Número total de transfusiones de sangre / Total number of blood transfusions: \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última transfusión de sangre? / When was the last blood transfusion? \_\_\_\_\_

Otros problemas, cirugías o pruebas recientes relacionados con su problema sanguíneo o cáncer / Additional problems/surgeries/any recent testing  
that you have had related to your blood problem or cancer: \_\_\_\_\_

Hematólogo/Oncólogo/Reumatólogo (médico especialista en sangre/cáncer/artritis): \_\_\_\_\_

Teléfono / Phone: \_\_\_\_\_



PATIENT IDENTIFICATION

**KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM  
LIVING DONOR APPLICATION - SPANISH**

ETHFW-0006S 09/21

Page 5 of 8

**9. GINECOLOGÍA / GYNECOLOGY** (sangre/cáncer/artritis)

Marque sí o no:

¿Cuántas veces ha estado embarazada? / How many times have you been pregnant? \_\_\_\_\_

¿Cuántos hijos tiene? / How many children do you have? \_\_\_\_\_

¿Tuvo presión arterial alta durante los embarazos? / Was your blood pressure elevated while you were pregnant?  Sí / Yes  No

¿Tuvo niveles elevados de azúcar en la sangre durante los embarazos? / Was your blood sugar elevated while you were pregnant?  Sí / Yes  No

¿Le han hecho una histerectomía (cirugía para extraer el útero)? / Have you had a hysterectomy (uterus surgically removed)?  Sí / Yes  No

Si la respuesta es "Sí", ¿por qué motivo? / If yes, why? \_\_\_\_\_

Fecha del último Papanicolaou / Date of last pap smear: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido un resultado anormal en un Papanicolaou? / Have you ever had an abnormal pap smear?  Sí / Yes  No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuál fue la anomalía? / If yes, what was wrong? \_\_\_\_\_

Fecha de su última mamografía / Date of last mammogram: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido un resultado anormal en una mamografía? / Have you ever had an abnormal mammogram?  Sí / Yes  No

Si la respuesta es "Sí", ¿cuál fue la anomalía? / If yes, what was wrong? \_\_\_\_\_

El tratamiento para la mamografía anormal fue / Treatment for abnormal mammogram was: \_\_\_\_\_

Antecedentes de biopsia de mama / History of breast biopsy  Sí / Yes  No

Otros problemas, cirugías o pruebas recientes relacionados con los órganos femeninos / Additional problems/surgeries/any recent testing that you have had related to your female organs: \_\_\_\_\_

Ginecólogo (médico especialista en órganos femeninos) / Gynecologist (female doctor): \_\_\_\_\_

Teléfono / Phone: \_\_\_\_\_

Médico especialista en mamas / Breast doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono / Phone: \_\_\_\_\_

**10. PSICOSOCIALES / PSYCHOSOCIAL** (Mental/social)

Marque sí o no:

Antecedentes de enfermedades mentales / History of mental illness  Sí / Yes  No Edad que tenía al momento del diagnóstico / Age when diagnosed: \_\_\_\_\_

Antecedentes de abuso de alcohol o sustancias / History of alcohol/substance abuse  Sí / Yes  No

Ansiedad / Anxiety  Sí / Yes  No

Depresión / Depression  Sí / Yes  No

Micción frecuente / Urinate frequently  Sí / Yes  No

¿Alguna vez ha estado en la cárcel? / Have you ever been incarcerated?  Sí / Yes  No

Psiquiatra/Psicólogo (médico especialista en problemas mentales/sociales) / Psychiatrist/Psychologist (mental/social doctor) : \_\_\_\_\_

Teléfono / Phone: \_\_\_\_\_



PATIENT IDENTIFICATION

**KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM  
LIVING DONOR APPLICATION - SPANISH**

ETHFW-0006S 09/21

**11. INFORMACIÓN ADICIONAL / ADDITIONAL INFORMATIONY** (riñón, vejiga, uréter y uretra)

Marque sí o no:

¿Le han hecho alguna cirugía? / Have you had any surgeries?  Sí / Yes  No

Si la respuesta es "Sí", haga una lista / If yes, please list: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna complicación a causa de la anestesia o cirugía? / Have you had any complications from anesthesia or surgery?  Sí / Yes  No

Si la respuesta es "Sí", haga una lista / If yes, please list: \_\_\_\_\_

¿Ha estado hospitalizado/a otras veces? / Have you had any other hospitalizations?  Sí / Yes  No

Si la respuesta es "Sí", haga una lista / If yes, please list: \_\_\_\_\_

¿Su cónyuge o pareja apoya su decisión de donar un riñón? / Is your spouse/significant other supportive of your decision to donate a kidney?  Sí / Yes  No

¿Su empleador está dispuesto a darle tiempo libre para la evaluación y la recuperación después de la donación? / Is your employer willing to give you time off for the evaluation and recovery after donating?  Sí / Yes  No

Psiquiatra/Psicólogo (médico especialista en problemas mentales/sociales) / Psychiatrist/Psychologist (mental/social doctor) : \_\_\_\_\_

Teléfono / Phone: \_\_\_\_\_

**12. ANTECEDENTES FAMILIARES / FAMILY HISTORY**

	Edad actual / Current Age	Problemas médicos / Medical Problems	Causa del fallecimiento y Edad en el momento del fallecimiento (si ya no vive) / Cause of death and Age at death (if no longer living)
Padre / Father	_____	_____	_____
Madre / Mother	_____	_____	_____
Hermanos / Brothers	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Hermanas / Sisters	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____



PATIENT IDENTIFICATION

**KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM  
LIVING DONOR APPLICATION - SPANISH**



Edad actual / Current Age Problemas médicos / Medical Problems

Causa del fallecimiento y Edad en el momento del fallecimiento (si ya no vive) / Cause of death and Age at death (if no longer living)

Hijos / Sons

Form lines for children information

Hijas / Daughters

Form lines for daughters information

13. HÁBITOS DE SALUD / HEALTH HABITS

Marque sí o no:

¿Fuma actualmente? / Do you currently smoke?

Yes/No checkboxes

¿Alguna vez ha fumado? / Have you ever smoked?

Yes/No checkboxes

¿Cuánto hace que fuma? Si ya no fuma, ¿cuánto tiempo fumó? / How long have/did you smoke?:

¿Alguna vez ha consumido drogas ilegales? / Have you ever used illegal drugs?

Yes/No checkboxes

¿Qué tipo de drogas ha consumido? / What type of drugs have you used?:

¿Cuántas veces come cada día? / How many meals do you eat per day?:

Tazas de té al día / Tea cups per day: Tazas de café al día / Coffee cups per day:

Cantidad de alcohol al día / Amount of alcohol daily: Bebidas cafeinadas al día / Caffeinated beverages per day:

Es necesario completar esta encuesta de salud de rutina para poder ser considerado/a como un potencial donante vivo.

Yo, doy mi autorización para que me contacten del Programa de Trasplantes de Riñón de Texas Health Harris Methodist Hospital para que me brinden más información sobre la donación en vida.

Yes/No, no doy / No autorizo que me hagan análisis de laboratorio de tipo de sangre y tipificación de tejidos como parte de la selección inicial para ser un potencial donante vivo de riñón.

Yes/No, no doy / No doy mi permiso para que el programa de trasplantes contacte al potencial receptor para informarle que he presentado esta solicitud. No se compartirá información de salud con su potencial receptor.

Yes/No, no doy / No mi permiso para recibir mensajes de texto como recordatorio de citas. Mi numero de telefono mobil para recibir mensajes de texto es

Comprendo que la autorización para que me contacten o me hagan los análisis de laboratorio necesarios para la selección no crea ningún compromiso de continuar con la evaluación para la donación en vida.

Nombre del/de la Potencial Donante / Potential Donor Name: Fecha / Date:



PATIENT IDENTIFICATION

KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM LIVING DONOR APPLICATION - SPANISH

ETHFW-0006S 09/21