

# Programa de Trasplantes de Riñón

## *Kidney Transplant Program*

### **Paquete de solicitud para tranplante / *Transplant Application Packet***

*La siguiente información se debe incluir con la solicitud / The following information should be included with the application:*

1. Solicitud actual / *Current application*
2. Historial médico y examen físico del nefrólogo del paciente / *History & physical from patient's nephrologist*
3. Evaluación inicial de diálisis realizada por el trabajador social / *Initial dialysis Social Worker evaluation*
4. Evaluación inicial de diálisis realizada por el dietista / *Initial dialysis Dietitian evaluation*
5. Resultados actuales de análisis de laboratorio / *Current lab results*
6. Copia legible de las tarjetas de identificación y del seguro (frente y reverso): tarjetas de Medicare y Medicaid, tarjetas para medicamentos recetados, tarjetas del Seguro Social, identificación con fotografía, tarjeta de residente (si corresponde) / *Legible copy of insurance and identification cards (front & back): Medicare & Medicaid cards, prescription cards, Social Security cards, picture ID, resident card (if applicable)*
7. Copia legible del formulario CMS 2728 del paciente / *Legible copy of patient's CMS 2728 form*

Si desea ser considerado como receptor potencial, complete esta solicitud y envíela por correo, fax o correo electrónico a / *If you wish to be considered as a potential recipient, please complete this application and return by mail, fax or email to:*



**Texas Health Harris Methodist Hospital Fort Worth**  
**Kidney Transplant Program**  
**1325 Pennsylvania Avenue, Suite 450**  
**Fort Worth, Texas 76104**

Si tiene alguna pregunta, llámenos al / *For questions, please call:* **817-250-2443** o / *or* **800-411-2443**.  
Fax: **817-250-5136** Correo electrónico / *Email:* **THFWKidneyTransplant@TexasHealth.org**



\*TRANSPLNT\*



**KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM**  
**RECIPIENT APPLICATION SPANISH**

# Solicitud para trasplante de riñón / Kidney Transplant Application

Apellido / Last Name: \_\_\_\_\_ Nombre / First Name: \_\_\_\_\_

Segundo nombre o inicial / Middle Name or Initial: \_\_\_\_\_ Apellido de soltera / Maiden Name: \_\_\_\_\_

Dirección / Address: \_\_\_\_\_ Núm. de apartamento / Apt #: \_\_\_\_\_

Condado/Ciudad/Estado/Código postal / County/City/State/Zip: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico / Email Address: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa / Home Phone: \_\_\_\_\_ Teléfono celular / Cell Phone: \_\_\_\_\_

Le gustaría programar sus citas en nuestra oficina ubicada en  Fort Worth, TX o  Midland, TX (clínica satélite)?

Indique si es: ¿Ciudadano estadounidense? / Are you a: U.S. Citizen?  Si / Yes  No ¿Extranjero residente/tiene tarjeta de residente permanente (Greencard)? / Resident Alien/Greencard?  Si / Yes  No ¿Extranjero no residente / Non-Resident Alien?  Si / Yes  No

Fecha de nacimiento / Date of Birth: \_\_\_\_\_ Edad / Age: \_\_\_\_\_ Sexo / Sex:  M o / or  F

Peso / Weight: \_\_\_\_\_  lbs.  kg Estatura / Height: \_\_\_\_\_  inch  cm Núm. del Seguro Social / SS #: \_\_\_\_\_

Estado civil / Marital Status: \_\_\_\_\_ Nombre del cónyuge / Spouse Name: \_\_\_\_\_

Raza (marque una opción) / Race: (check one)  Blanco / White  Negro / Black  Hispano / Hispanic  
 Indígena estadounidense/nativo de Alaska / American Indian/Alaskan Native  Asiático / Asian  
 Isleño del Pacífico / Pacific Islander  De Oriente Medio/árabe / Mid-East/Arabian  
 Subcontinente del área de la India / Indian Sub-Continent  Otro / Other: \_\_\_\_\_

Idioma principal que habla / Primary language spoken: \_\_\_\_\_

Ocupación / Occupation: \_\_\_\_\_ Empleador / Employer: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo / Work Phone: \_\_\_\_\_

¿Podríamos contactarlo en el trabajo? / May we contact you at work?  Si / Yes  No

Relación laboral / Employment Status:  Tiempo completo / Full-time  Medio Tiempo / Part-time  Discapacitado / Disabled  
 No trabaja / Not working  Jubilado / Retired

Nefrólogo (médico del riñón) o médico referente / Nephrologist (kidney doctor) or referring physician: \_\_\_\_\_

Centro de diálisis / Dialysis Center: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono del médico / Physician Phone: \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono del centro de diálisis / Dialysis Center Phone: \_\_\_\_\_ Primer día de diálisis / First date of Dialysis: \_\_\_\_\_

Tipo de diálisis (marque una opción) / Type of Dialysis (check one)  Hemodialisis en Casa  Peritoneal Ambulatoria continua DPAC  
 Diálisis Peritoneal de Ciclo Continuo  En-Centro Hemodialisis

Días de diálisis (marque una opción) / Days of Dialysis (check one)  Lu, Mi, Vi / M, W, F  Mar, Jue, Sáb / T, Th, S  Otro: \_\_\_\_\_

Turno de diálisis (marque una opción) / Dialysis shift (check one)  1.º / 1st  2.º / 2nd  3.º / 3rd  4.º / 4th

¿Trasplante anterior? / Previous transplant?  Si / Yes  No Si la respuesta "yes", detalle el tipo de órgano, la fecha y el lugar / If "yes", list the organ type, date, and location: \_\_\_\_\_

Números de teléfono para casos de emergencia y relación con el paciente / Phone numbers in case of emergency and relationship to patient:

Nombre / Name: \_\_\_\_\_ No. de teléfono / Phone: \_\_\_\_\_

Nombre / Name: \_\_\_\_\_ No. de teléfono / Phone: \_\_\_\_\_

Nombre / Name: \_\_\_\_\_ No. de teléfono / Phone: \_\_\_\_\_

Nombre / Name: \_\_\_\_\_ No. de teléfono / Phone: \_\_\_\_\_



\*TRANSPLNT\*



KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM  
RECIPIENT APPLICATION SPANISH

**Cobertura del seguro: Incluya copias legibles de sus tarjetas del seguro (frente y reverso), incluidas las tarjetas de beneficios de medicamentos recetados, Medicare y Medicaid / Insurance Coverage: Please include legible copies of your insurance cards (front & back), including Medicare, Medicaid and Prescription benefits cards**

Núm. de Medicare / Medicare #: \_\_\_\_\_

Vigencia de la parte A / Part A effective: \_\_\_\_\_ Vigencia de la parte B / Part B effective: \_\_\_\_\_ Vigencia de la parte D / Part D effective: \_\_\_\_\_

Plan de medicamentos recetados de la parte D (PDP) / Part D Prescription Drug Plan (PDP): \_\_\_\_\_

Núm. de Medicaid / Medicaid #: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia / Effective Date: \_\_\_\_\_

Núm. de Texas Kidney Health / Texas Kidney Health #: \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia / Effective Date: \_\_\_\_\_

**SEGURO PRIMARIO / PRIMARY INSURANCE** \_\_\_\_\_

Nombre del seguro primario / Primary Insurance Name: \_\_\_\_\_  PPO  HMO  POS

Dirección de reclamaciones / Claims Address: \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono de los beneficios del seguro / Insurance Benefits Phone #: \_\_\_\_\_

Núm. de identificación de la póliza / Policy ID #: \_\_\_\_\_ Núm. del grupo / Group #: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza / Policy Holder's Name: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente / Relationship to Patient: \_\_\_\_\_

Núm. del Seguro Social del titular de la póliza / Policy Holder's SS #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento / DOB: \_\_\_\_\_

Empleador del titular de la póliza / Policy Holder's Employer: \_\_\_\_\_ Teléfono / Phone: \_\_\_\_\_

**SEGURO SECUNDARIO / SECONDARY INSURANCE** \_\_\_\_\_

Nombre del seguro primario / Primary Insurance Name: \_\_\_\_\_  PPO  HMO  POS

Dirección de reclamaciones / Claims Address: \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono de los beneficios del seguro / Insurance Benefits Phone #: \_\_\_\_\_

Núm. de identificación de la póliza / Policy ID #: \_\_\_\_\_ Núm. del grupo / Group #: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza / Policy Holder's Name: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente / Relationship to Patient: \_\_\_\_\_

Núm. del Seguro Social del titular de la póliza / Policy Holder's SS #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento / DOB: \_\_\_\_\_

Empleador del titular de la póliza / Policy Holder's Employer: \_\_\_\_\_ Teléfono / Phone: \_\_\_\_\_

**SEGURO DE FARMACIA / PHARMACY INSURANCE** \_\_\_\_\_

Beneficios de medicamentos recetados / Prescription Benefits: \_\_\_\_\_

Nombre del plan de medicamentos recetados / Prescription Drug Plan Name: \_\_\_\_\_

Núm. de indentificación / ID #: \_\_\_\_\_ Teléfono / Phone: \_\_\_\_\_



\*TRANSPLNT\*



**KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM  
RECIPIENT APPLICATION SPANISH**

**Para comenzar su evaluación, es necesario completar esta solicitud. / *Completion of this application is required in order to start your evaluation.***

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi autorización para que me contacten del Programa de Trasplantes de Riñón de Texas Health Harris Methodist Hospital Fort Worth para recibir más información sobre el trasplante de riñón. / I, \_\_\_\_\_, *give my permission to be contacted by the Texas Health Harris Methodist Hospital Fort Worth Kidney Transplant Program to receive more information about kidney transplant.*

Comprendo que presentar esta solicitud y autorizar que me contacten de ningún modo garantiza que se me realizará un trasplante de riñón. / *I understand that by submitting this application and giving my permission to contact me in no way guarantees that I will receive a kidney transplant.*

---

Firma del receptor potencial / *Potential recipient's signature*

Fecha / *Date*



\*TRNSPLNT\*



**KIDNEY TRANSPLANT PROGRAM  
RECIPIENT APPLICATION SPANISH**

Page 4 of 5  
ETHFW-0005SP (04/19)

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE**  
**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PATIENT INFORMATION**

**Nombre del paciente /** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono /** \_\_\_\_\_  
*Name of Patient: / Phone Number:*

**Otros nombres utilizados /** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento /** \_\_\_\_\_ **Número de Seguro Social /** \_\_\_\_\_  
*Other Names Used: / Date of Birth: / Social Security Number: XXX - \_\_\_\_ - \_\_\_\_*

Yo, el que suscribe, autorizo la divulgación o solicito que se brinde acceso a la información detallada a continuación incluida en la(s) historia(s) clínica(s) del paciente mencionado anteriormente. / I, the undersigned, authorize the release of or request access to the information specified below from the medical record(s) of the above-named patient.

**SE REQUIERE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE PARA / PATIENT INFORMATION IS NEEDED FOR:** (please select one option)

Continuar la atención médica /  Asuntos militares /  Uso personal /  Escuela /  Seguro /  Propósitos legales /  Seguro social/discapacidad /  Otros / **Evaluación de trasplante de riñón /**  
*Continuing Medical Care / Military / Personal Use / School / Insurance / Legal Purposes / Social Security/Disability / Other: Kidney Transplant Evaluation*

**FECHA(S) DE TRATAMIENTO / DATE(S) OF TREATMENT:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ O A LA CUAL SE PODRÁ ACCEDER / INFORMATION TO BE RELEASED OR ACCESSED:**

Antecedentes y examen físico /  Informe de consulta /  Registro de la sala de emergencias /  Informes operativos /  Resumen de alta o muerte /  Resumen del expediente clínico /  Informes de laboratorio o de patología /  Informes de radiología /  Instrucciones de alta /  Salud del comportamiento /  Imágenes de radiología /  Otros /

**FORMATO SOLICITADO PARA BRINDAR LA INFORMACIÓN / FORMAT REQUESTED FOR INFORMATION TO BE PROVIDED:**

Papel /  Medio electrónico\* (tomará 2 días hábiles) /  Divulgar la información a la cuenta de MyCare (formato solamente para información almacenada electrónicamente) /

**MÉTODO DE ENTREGA / METHOD OF DELIVERY:**

Recoger en persona (se le notificará por vía telefónica cuando la información esté lista) /  Por correo a la dirección que se indica a continuación /  **Fax al / Fax to 817-250-5136**

**La información indicada anteriormente se puede divulgar a: / May release the above information to:**

(Nombre del hospital) / (Hospital Name)  
**Programa de Trasplantes de Riñón de Texas Health Harris Methodist Hospital Fort Worth / Texas Health Harris Methodist Hospital Fort Worth Kidney Transplant Program**

(Nombre) / (Name)  
**1325 Pennsylvania Ave., Suite 450, Fort Worth, TX 76104 / 817-250-2443 / FAX: 817-250-5136**

Dirección (calle, estado, código postal) / Address (Street, State, Zip Code) \_\_\_\_\_ Número de teléfono / Phone Number \_\_\_\_\_

Comprendo que mi historia clínica es confidencial y no puede divulgarse sin mi autorización escrita, salvo en cuanto la ley lo permita. El destinatario puede volver a divulgar la información que se utilice o divulgue de conformidad con esta autorización, en cuyo caso es posible que ya no sea información protegida. Entiendo que la información detallada cuya divulgación autorizo podría incluir, entre otros datos: antecedentes, diagnósticos o tratamientos por abuso de drogas o alcohol, enfermedades mentales o contagiosas, lo que incluye el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). / I understand that my records are confidential and cannot be disclosed without my written authorization, except when otherwise permitted by law. Information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and no longer protected. I understand that the specified information to be released may include, but is not limited to: history, diagnoses, and/or treatment of drug or alcohol abuse, mental illness, or communicable disease, including Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS).

Entiendo que el tratamiento o el pago no pueden estar condicionados al hecho de que yo firme esta autorización, excepto en determinadas circunstancias, como en el caso de participar en programas de investigación o de autorizar la divulgación de resultados de pruebas para la preselección laboral. Entiendo que podré revocar la presente autorización por escrito en cualquier momento, salvo en la medida en que se hayan realizado acciones en virtud de dicha autorización. Entiendo que se me podría cobrar una tarifa de procesamiento/recuperación y por las copias de mis historias clínicas de conformidad con la ley que regula los hospitales de Texas. / I understand that treatment or payment cannot be conditioned on my signing this authorization, except in certain circumstances such as for participation in research programs, or authorization of the release of testing results for pre-employment purposes. I understand that I may revoke this authorization in writing at any time except to the extent that action has been taken in reliance upon the authorization. I understand I may be charged a retrieval/processing fee and for copies of my medical records according to Texas Hospital Licensing law.

Esta autorización vencerá después de ciento ochenta (180) días de la fecha de mi firma, a menos que la revoque antes de dicha fecha o que se especifique a continuación lo contrario debido a otra fecha, evento o condición. / This authorization will expire one hundred eighty (180) days from the date of my signature unless I revoke the authorization prior to that time or unless otherwise specified by date, event, or condition as follows:

Fecha / Date: \_\_\_\_\_  Firma / Signature: \_\_\_\_\_   
 Paciente o representante legalmente autorizado / Patient or Legally Authorized Representative

Relación con el paciente / Relationship to Patient \_\_\_\_\_ Nombre en letra de imprenta del paciente o del representante legalmente autorizado / Printed Name of Patient or Legally Authorized Representative \_\_\_\_\_

Para uso del departamento: MRN/Acct. # / For Department use: MRN/Acct # \_\_\_\_\_

