

Fecha: _____

Sírvase llenar todas las páginas del cuestionario:

Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

¿Se somete a diálisis? Sí No

Tipo: (Dibuje un círculo alrededor de lo que corresponda) Hemodiálisis Hemodiálisis Domiciliaria Diálisis Peritoneal

Unidad de Diálisis: _____

Días: (Dibuje un círculo alrededor de lo que corresponda) Lun Miér Vier Mar Jue Sáb Turno:

¿Cuál es su grupo sanguíneo? O A B AB No lo sé

¿Alguna vez ha sido evaluado para un trasplante de riñón? Sí No

Si es así, ¿dónde?: _____

¿Está actualmente listado en algún otro centro de trasplante? Sí No

¿Qué le ocasionó su enfermedad renal? _____

¿Tiene un donante vivo? Sí No

¿Hace ejercicio? Sí No

Si es así, ¿qué tan seguido?: _____

¿Hasta qué distancia puede caminar? _____

¿Viaja usted fuera de EE.UU.? Sí No

Si es así, ¿adónde? (marque todos los que correspondan)

- África Región de los Apalaches Asia Centroamérica Europa Oriental
- Latinoamérica (incluso el Caribe) México Oriente Medio
- Sudamérica Sudeste de EE.UU. Otro

Exámenes médicos	Sí	No	¿En cuál hospital/instalación?
La última prueba de esfuerzo cardíaco, ecocardiograma, o cateterismo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
El último ultrasonido del riñón/abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
La última hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

~ IR A LA PÁGINA 2 ~

Tiene o ha tenido:	Sí	No	Comentarios
Transfusión de sangre (si es así, ¿cuándo?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trasplante de órgano anterior (si es así, ¿qué órgano?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Extirpación de uno o los dos riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Biopsia de riñón (si es así, ¿dónde y en cuál fecha?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Colocación de endoprótesis cardíaca (stent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Revascularización quirúrgica cardíaca (bypass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asma / Enfermedad Crónica Obstructiva Pulmonar (COPD) / Enfermedad de pulmón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si es así, ¿se pone insulina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Si no, ¿quién le administra su insulina?			
Dificultad para caminar o dolor cuando camina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infecciones frecuentes del tracto urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cálculos biliares o problemas de la vesícula biliar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad hepática, hepatitis, u otras enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pérdida de control de orina o excremento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Embarazos (mujeres solamente - Si es así, ¿cuántos?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ataques epilépticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Derrame o embolia cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tratamiento para tuberculosis o fiebre del valle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ulcera de-- (dibuje un círculo alrededor de lo que corresponda) Pie Piel Estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Se lleva a sí mismo a sus citas/diálisis? Sí No

Si no, ¿por qué no?: _____

¿Tiene transporte confiable? Sí No

¿Se cuida de sí mismo o lo cuida alguien más? _____

¿Vive solo? Sí No

¿Se le dificulta pagar los copagos de su seguro médico? Sí No