

Fecha: _____

Sírvase rellenar 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"/>	
Úlcera 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