

## Methodist Dallas Medical Center Solicitud Para Ser Recipiente de Trasplante de Órgano(s)

Todas las páginas deben ser completadas y firmadas para poder procesar su solicitud. Si su solicitud está incompleta, será devuelta, lo cual atrasará el proceso de aprobación.

Si necesita ayuda (en los Estados Unidos) para completar esta solicitud, favor de llamar al 214-947-1800 o al 800-284-2185 sin cargo. En Puerto Rico, favor de llamar al 787-763-0104 (San Juan) o al 787-834-8811 (Mayagüez).

Página 1 de 3

Solicitud para (marque el órgano para el cual solicita):  Riñón  Páncreas  Hígado

Fuente de posible donante:  Vivo relacionado  Vivo no relacionado  Donante fallecido  Intercambio de Donantes Compatibles

¿Quién le refirió al programa de Methodist?  Médico  Seguro Médico  Usted mismo(a)  Otra Persona

### INFORMACIÓN ACERCA DEL MÉDICO

Nombre de su Nefrólogo: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Médico Principal: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN ACERCA DEL PACIENTE

Nombre : \_\_\_\_\_ Núm. SS: \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE (NOMBRE DE SOLTERA) SEGURO SOCIAL

Dirección: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN POSTAL NÚM. APT.

\_\_\_\_\_ CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Teléfono de Casa: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono Móvil: ( ) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
MES DIA AÑO

Religión: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Separado (a)  Divorciado(a)  Viudo(a)

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Tipo de Trabajo:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Jubilado(a)  Incapacitado(a)

¿Ciudadano americano?  Sí  No Si "no," ¿de qué país? \_\_\_\_\_

¿El paciente habla inglés?  Sí  No Si "no," ¿cuál idioma? \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE ESPOSO(A)/PADRES (SI PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

Nombre : \_\_\_\_\_ Núm. SS: \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE (NOMBRE DE SOLTERA) SEGURO SOCIAL

Relacion con Paciente: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

Otra Persona que Se Puede Contactar:

Nombre : \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE (NOMBRE DE SOLTERA)

Relacion con Paciente: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO**

Núm. MEDICARE: \_\_\_\_\_ Fecha Vigente: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Medicare por (marque uno):  Enfermedad del Riñón  Edad

Incapacidad de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Núm. MEDICAID: \_\_\_\_\_ Fecha Vigente: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Residentes de Tejas sólo*

Núm. Texas Kidney Healthcare: \_\_\_\_\_

**PRIMERA COMPAÑÍA ASEGURADORA**

HMO  PPO  POS  Indemnidad Fecha Vigente: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre del Grupo/Empleado: \_\_\_\_\_

Núm. de Grupo: \_\_\_\_\_ Núm. de Póliza: \_\_\_\_\_

Teléfono Aseguradora: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre de Persona Asegurada: \_\_\_\_\_ Relación con Paciente:

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Núm. SS de la Persona Asegurada: \_\_\_\_\_ Otro Núm. de Identificación: \_\_\_\_\_

**SEGUNDA COMPAÑÍA ASEGURADORA**

HMO  PPO  POS  Indemnidad Fecha Vigente: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre del Grupo/Empleado: \_\_\_\_\_

Núm. de Grupo: \_\_\_\_\_ Núm. de Póliza: \_\_\_\_\_

Teléfono Aseguradora: ( ) \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Nombre de Persona Asegurada: \_\_\_\_\_ Relación con Paciente:

Fecha de Nacimiento del Asegurado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Núm. SS de la Persona Asegurada: \_\_\_\_\_ Otro Núm. de Identificación: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

¿Está actualmente en la lista de espera de otro centro de trasplante?  Sí  No

Centro de trasplante: \_\_\_\_\_

Dirección (de el Centro de trasplante): \_\_\_\_\_

CITY STATE ZIP

Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN ACERCA DE DIÁLISIS**

Diagnóstico Primario (por ejemplo: diabetes, GEFS, hipertensión arterial): \_\_\_\_\_

¿Actualmente en diálisis?  Sí  No

Fecha del primer diálisis: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tipo de diálisis (marque uno):

Hemodiálisis en su casa  Peritoneal  Hemodiálisis en un centro \_\_\_\_\_

Centro de diálisis: \_\_\_\_\_

Dirección (de el Centro de diálisis): \_\_\_\_\_

CITY STATE ZIP

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Programa de diálisis:  Lun. Miér. Vier.  Mar. Juev. Sáb. Turno  1  2  3  4  Nocturno

*Por favor permita que su trabajador social haga una copia de esta solicitud.*

¿Ha sido trasplantado anteriormente?  Sí  No

Órgano trasplantado: \_\_\_\_\_

Fecha del trasplante: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Hospital donde se trasplantó: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

FIRMA

<b>S O L I C I T U D   P A R A   R I Ñ Ó N   O   P Á N C R E A S</b>	
<b>En Estados Unidos</b>	<b>En Puerto Rico</b>
<b>Enviar a:</b> Methodist Dallas Medical Center Kidney and Pancreas Transplant PO Box 655999 Dallas, TX 75265-5999	<b>Enviar a:</b> Dallas Transplant Institute Edif. Medical Emporium Ave. Hostos 351, Suite 101 Mayagüez, Puerto Rico 00680
<b>Fax:</b> 214-947-1828	<b>Fax:</b> 787-834-8811
	<b>Enviar a:</b> Dallas Transplant Institute Edif. Medical Europa 1492 Avenida Ponce De Leon, Suite 718 San Juan, Puerto Rico 00907
	<b>Fax:</b> 787-763-0104



**KIDNEY AND PANCREAS  
TRANSPLANT**

**Trasplante de Riñón y de Páncreas**

P.O. Box 655999  
Dallas, Texas 75265-5999  
214-947-1800  
800-284-2185 *sin cargo*

[MethodistHealthSystem.org/Kidney](http://MethodistHealthSystem.org/Kidney)