****

**FORMULARIO DE REFERENCIAS PARA UN TRASPLANTE**

**Su referencia se retrasará si no se incluyen todos los elementos que se detallan a continuación:**

**Referencia para:** ☐ Riñón ☐Páncreas ☐Riñón/Páncreas

**Es Diabético:** No ☐ Sí ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

**DEBE incluir/enviar por fax la siguiente información: Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Historial y examen físico ☐ Formulario completado de Apoyo a los Cuidados

☐ Lista de medicamentos después del Trasplante

☐ Examen de laboratorio actual ☐ Copias legibles de su ID y de TODAS las tarjetas

☐ Formulario CMS 2728 de los seguros (Incluyendo VA, Medicare, Medicaid, etc.)

☐ Registros de Vacunación ☐ Cuestionario completado del Candidato a Trasplante

☐ Consentimiento de PHI completado/firmado

**Nombre legal: Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre preferido:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Hombre ☐ Mujer ☐ Altura: \_\_\_\_\_\_\_\_ ☐in/☐cm Peso:\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐kg/☐lbs. IMC:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Raza del paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Etnicidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ciudad:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Estado:**\_\_\_\_ **Código postal:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Teléfono: Cellular:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono de casa:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Correo electrónico:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Número de la Seguro Social:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Seguro(s) Médico:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Médico de referencia:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fax:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Centro de Diálisis:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lugar/dirección específica:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Trabajador Social/Gestor de Casos:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tipo de Diálisis:** ☐HEMO ☐PD ☐No está en diálisis**; Fecha de inicio de la Diálisis:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Most current TFG más reciente:**\_\_\_\_\_\_\_

**¿Tiene el paciente un donante vivo?** [ ] Yes [ ] No

**¿El paciente ha establecido la relación con el Médico de Cabecera**? (Ha sido visto en el último año) ☐Sí ☐No

**Médico de Cabecera:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Phone:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fax:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**POR FAVOR, RELLENE TODO EL FORMULARIO Y ENVÍELO POR FAX AL 702-383-1876**

**EQUIPO DE REFERENCIAS DE TRASPLANTES DE UMC Phone: 702-224-7130**



**CRITERIOS DE REFERENCIA PARA EL**

**RECIPIENTE DE TRASPLANTE DE RIÑÓN/PÁNCREAS**

Los siguientes son los criterios de selección para los candidatos de trasplante renal.

**Criterios de Inclusión:**

* Enfermedad renal en fase terminal con un TFG ≤20 ml/min o está recibiendo diálisis.
* Enfermedad renal terminal con un TFG ≤30 ml/min para trasplantes de donante vivo.
* Estabilidad psicosocial y estructura familiar/social de apoyo definida por las evaluaciones sociales.

**Los criterios de exclusión absoluta:**

* Una Infección actual
* Tumor maligno/Cáncer actual
* Consumo actual de cigarrillos según el auto-informé/no pasar la prueba de cotonina de la nicotina
* Enfermedad Psiquiátrica actual y no tratada
* Consumo de sustancias toxicas actual y no tratado

**Criterios de Exclusión Relativamente:**

* La Enfermedad de las Arterias Coronarias severa
* La infección del VIH
* La Disfunción sistólica ventricular al lado izquierda severa
* La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica severa
* Antecedentes recientes de enfermedades malignas
* Cirrosis/disfunción hepática
* La Enfermedad de úlcera péptica activa
* Coagulo Patía/estado anti-coagulado
* Enfermedad vascular periférica extensa
* Obesidad mórbida
* Varias Comorbilidades
* Falta de adherencia
* Enfermedad psiquiátrica activa o inestabilidad psicológica
* Falta de una persona de apoyo identificada
* Cobertura de seguro inadecuada.

Si el paciente no alcanza los criterios de selección o no es seleccionado por el Comité para La lista de espera de riñón se notificará al paciente, al médico que lo refirió y al centro de diálisis con la explicación.

Si el paciente satisface los criterios y recibe la aprobación del Comité, se notificará al paciente, al médico de referencia y al centro de diálisis que el paciente está en la lista.