



FORMULARIO DE DERIVACIÓN PARA TRASPLANTE

La derivación se retrasará si no se incluyen todos los elementos que se indican a continuación:

Derivado por: ☐ Riñón ☐ Páncreas ☐ Riñón/Páncreas

Diabetes: Sí ☐ No ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2 ☐

Es **OBLIGATORIO** incluir o enviar por fax la siguiente información:

Fecha: _____

- | | |
|--|---|
| ☐ Antecedentes y exámenes físicos (dentro del último año) | ☐ Formulario de apoyo para la atención postrasplante cumplimentado |
| ☐ Lista de medicamentos (actuales y en uso) | ☐ Cuestionario para candidatos a trasplante cumplimentado |
| ☐ Resultados de análisis recientes (incluido el perfil de función renal) | ☐ Formulario CMS 2728 |
| ☐ Copias legibles del documento de identidad y de TODAS las tarjetas del seguro (incluidas las de VA, Medicare, Medicaid, etc.) | ☐ Cartilla de vacunación |
| ☐ TODAS las pruebas de mantenimiento de la salud (consulte la lista adjunta) | ☐ Consentimiento de información médica protegida (PHI) cumplimentado y firmado |

****Complete todas las líneas. Si no corresponde, indique "N/C"****

Nombre legal: Apellidos _____ Nombre _____ Nombre preferido: _____

Hombre ☐ Mujer ☐ Altura: _____ Peso: _____ IMC: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: Móvil: _____ Fijo: _____ Correo electrónico: _____

Idioma principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Raza del paciente: _____ Etnia: _____ Número de Seguro Social: _____

Seguro(s) actual(es): _____

Médico que deriva al paciente: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Unidad de diálisis: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Ubicación/Dirección del centro de diálisis: _____

Trabajador social/Administrador de casos: _____ Correo electrónico: _____

¿Dispone el paciente de un posible donante vivo? ☐ Sí ☐ No

¿El paciente tiene un proveedor de atención primaria (PCP)? (Acudió a consulta en el último año) ☐ Sí ☐ No

Nombre del PCP: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

La derivación se retrasará si no se incluyen todos los elementos que se indican a continuación en la derivación

Envíe un fax al 702-383-1876

Número de teléfono principal del centro de trasplante del hospital UMC: 702-383-2224

TransplantReferrals@umcsn.com

CRITERIOS DE DERIVACIÓN PARA LOS RECEPTORES DE TRASPLANTES DE RIÑÓN O PÁNCREAS

A continuación se enumeran los criterios de selección de los candidatos a un trasplante renal.

Criterios de inclusión:

- Enfermedad renal terminal con una TFG ≤ 20 ml/min o en tratamiento de diálisis.
- Estabilidad psicosocial y una estructura familiar y social de apoyo, tal y como se definen en las evaluaciones sociales.

Criterios de exclusión absolutos:

- Infección activa.
- Neoplasia maligna activa.
- Dependencia del oxígeno.
- Tabaquismo actual según declaración del propio paciente o resultado positivo en la prueba de nicotina y cotinina.
- Enfermedad psiquiátrica activa no tratada.
- Abuso activo de sustancias no tratado.

Criterios de exclusión relativos:

- Enfermedad coronaria grave.
- Infección por el VIH.
- Disfunción ventricular izquierda grave.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave.
- Antecedentes recientes de neoplasia maligna.
- Cirrosis/disfunción hepática.
- Úlcera péptica activa.
- Coagulopatía/estado anticoagulado.
- Enfermedad vascular periférica extensa.
- Obesidad mórbida (IMC >45).
- Múltiples comorbilidades.
- Incumplimiento terapéutico.
- Enfermedad psiquiátrica activa o inestabilidad psicológica.
- Ausencia de una persona de apoyo identificada.
- Fragilidad.
- Cobertura de seguro inadecuada.

Si el paciente no cumple los criterios de selección o no es seleccionado por el comité para su inclusión en la lista de espera de riñón, se notificará al paciente, al médico que lo deriva y al centro de diálisis, indicando los motivos.

Si el paciente cumple los criterios y obtiene la aprobación del comité, se notificará al paciente, al médico que lo deriva y al centro de diálisis que el paciente se incluirá en la lista.



Apoyo para los cuidados postrasplante

Gracias por elegir el University Medical Center of Southern Nevada para sus necesidades de trasplante. Nos esforzamos por ofrecer la mejor atención al paciente. Tras su trasplante, es necesario que mantenga el contacto con nuestro programa de trasplantes y con la comunidad médica de Las Vegas durante un máximo de 12 meses. Los pacientes deben poder continuar con su seguimiento médico en el marco del programa. Necesitamos información adicional para poder ofrecerle un mejor servicio. Le rogamos que rellene el siguiente formulario para que podamos evaluar adecuadamente su cuidado tras el trasplante y que lo envíe junto con el cuestionario de antecedentes médicos y el formulario de autorización para la divulgación de información médica protegida.

1. ¿Quién será su cuidador o cuidadores personales en la zona de Las Vegas tras su trasplante de riñón? (Se encargarán de llevarle y traerle de sus citas, de preparar sus comidas y de ayudarle durante el periodo de cuidados posteriores al trasplante)

Nombre	Relación	Información de contacto

2. Si no reside en el área metropolitana de Las Vegas, ¿qué planes tiene para encontrar alojamiento en Las Vegas tras su trasplante de riñón? (Excluyendo alquileres semanales, Airbnb y hoteles)



UMC Transplant Center
901 Rancho Lane, Suite 250
Las Vegas, NV 89106

Estimado/a participante en el curso de formación sobre trasplantes:

Está previsto que asista a nuestra clase virtual de formación sobre trasplantes. Es obligatorio asistir a esta clase para poder continuar con el proceso de trasplante.

Para ayudarle a comprender el proceso de trasplante aquí, en el UMC Transplant Center, deberá completar las ocho partes del curso en vídeo, impartidas por ocho miembros fundamentales de su equipo de trasplantes. Estos vídeos forman parte del "Curso sobre trasplantes" y es necesario verlos todos antes de continuar con el proceso de trasplante.

- Coordinador de trasplantes del UMC
- Dietista de trasplantes del UMC
- Asesor financiero de trasplantes del UMC
- Coordinador de donantes vivos de trasplantes del UMC
- Nefrólogo de trasplantes del UMC
- Farmacéutico de trasplantes del UMC
- Trabajador social de trasplantes del UMC
- Cirujano especialista en trasplantes del UMC

Le rogamos que nos comunique cuándo haya visto los 8 vídeos mediante la firma del formulario de "confirmación de asistencia al curso de formación virtual" y su posterior envío.

Atentamente,

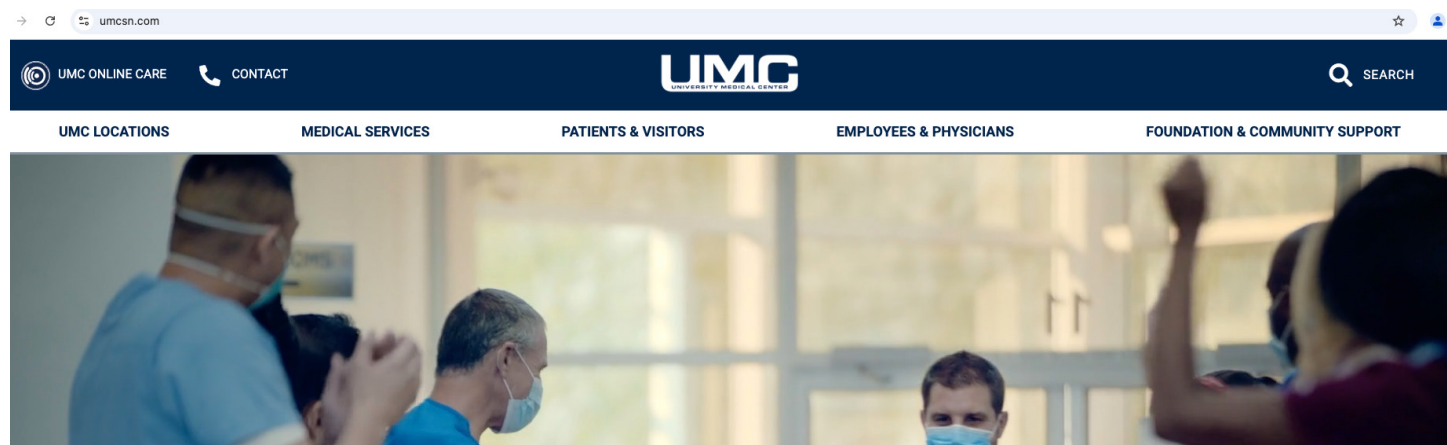
Personal de Servicios de Trasplante

T: (702) 383-2224

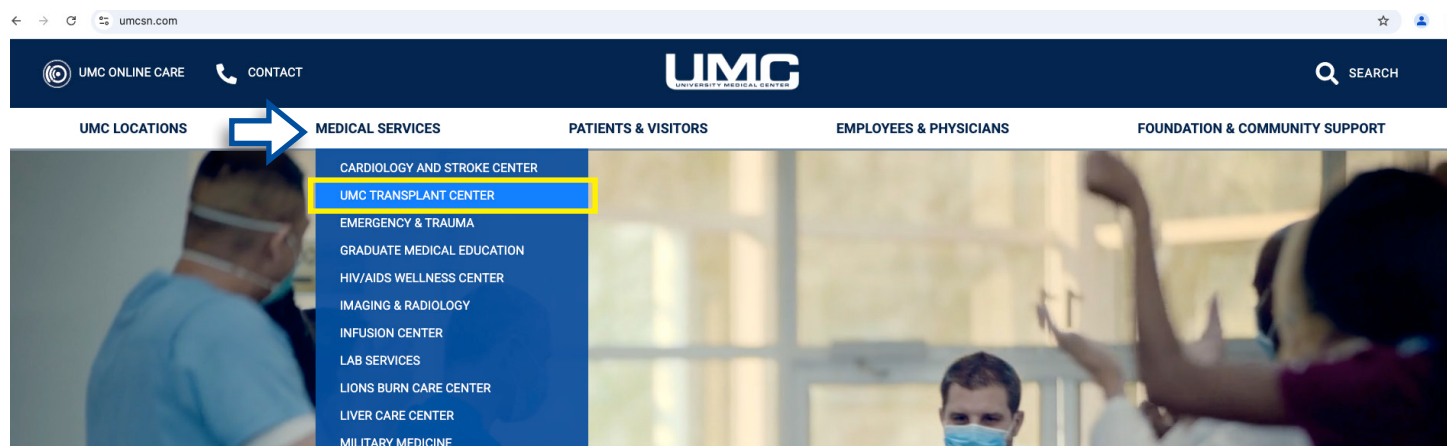
F: (702) 383-1876

Correo electrónico: TransplantReferrals@umcsn.com

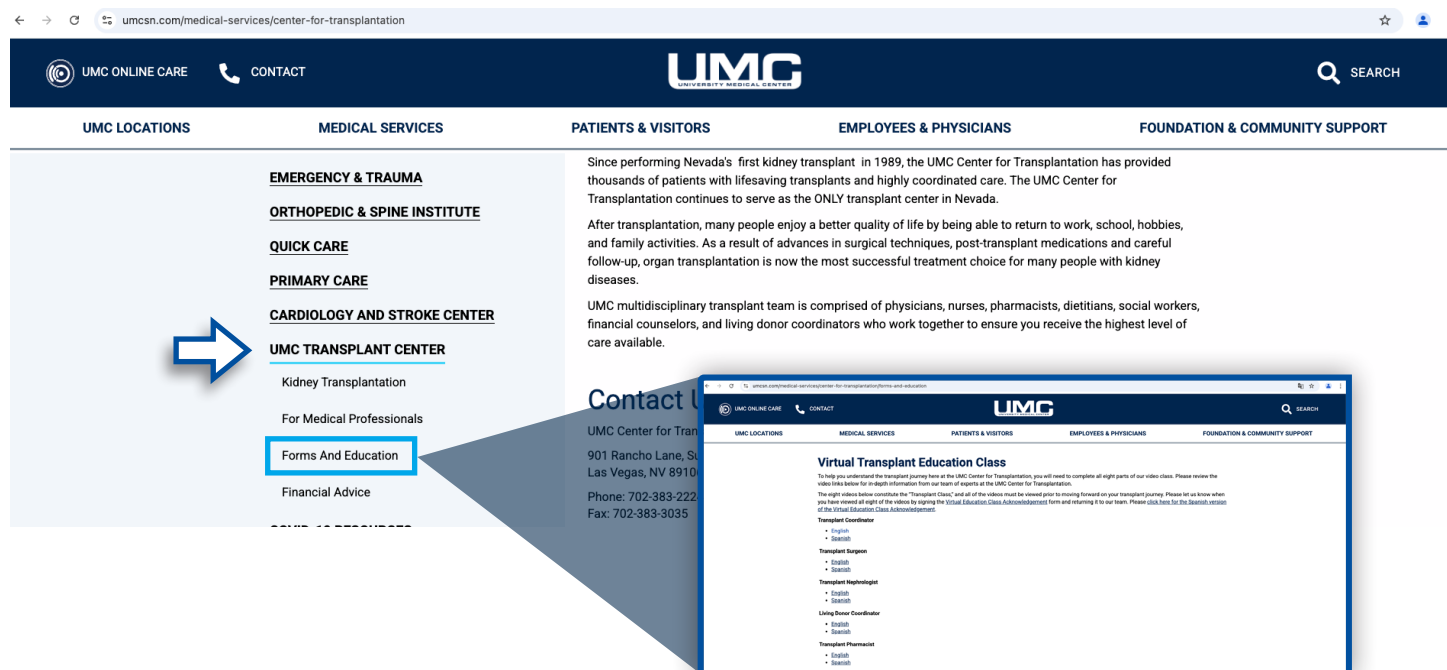
Paso 1) Visite www.umcsn.com



Paso 2) Haga clic en la pestaña "Medical Services" (Servicios médicos) y, a continuación, haga clic en "Transplant Center" (Centro de trasplantes)



Step 3) En la parte izquierda de la pantalla, haga clic en "Transplant Class Videos" (Vídeos del curso sobre trasplantes)





CLASE EN VÍDEO CONFIRMACIÓN

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Vi _____ TODOS los vídeos (8) del curso de formación sobre
(Nombre del paciente, en letra de imprenta)
trasplante de riñón de la UMC, disponibles en www.umcsn.com.

Durante los vídeos educativos se presentaron y debatieron los siguientes temas.

Vídeo sobre el UMC Transplant Center

Presentaciones en PowerPoint de los siguientes miembros del equipo del UMC Transplant Center:

- Coordinador de trasplantes del UMC
- Dietista de trasplantes del UMC
- Asesor financiero de trasplantes del UMC
- Coordinador de donantes vivos de trasplantes del UMC
- Nefrólogo de trasplantes del UMC
- Farmacéutico de trasplantes del UMC
- Trabajador social de trasplantes del UMC
- Cirujano especialista en trasplantes del UMC

Al firmar a continuación, confirmo que vi los videos y que comprendo la información.

Firma del paciente o del tutor: _____ Hora: _____ Fecha: _____

Le rogamos que lo devuelva en el sobre con franqueo pagado y con la dirección del destinatario que se adjunta, o que lo envíe por fax al número que figura a continuación.

UMC Transplant Center
901 Rancho Lane, Suite #250
Las Vegas, NV 89106
Teléfono: (702) 383-2224
Fax: (702) 383-1876
Correo electrónico: TransplantReferrals@umcsn.com



Todos los pacientes deben completar el mantenimiento preventivo de la salud. El mantenimiento de la salud actualizado debe completarse en un **plazo de 90 días** a partir de la presentación de su solicitud de derivación. Los pacientes **NO serán elegibles** para una cita de evaluación hasta que se hayan completado **TODOS** los mantenimientos de salud.

En la siguiente lista se describen las pruebas de mantenimiento preventivo de la salud. Le rogamos que revise la descripción de las pruebas que figura a continuación para determinar cuáles debe realizar.

- **Autorización dental anual: obligatoria para TODOS los pacientes:**
 - Se adjunta el formulario de autorización dental: es necesario que su dentista le expida una autorización médica
- **La prueba de detección de cáncer de colon es obligatoria para todos los pacientes:**
 - A partir de los 45 años.
 - Se RECOMIENDA la colonoscopia.
 - Ahora se puede considerar Cologuard como una opción válida de detección.
- **La mamografía es obligatoria para las pacientes mujeres:**
 - A partir de los 40 años.
 - A criterio del proveedor, normalmente cada 2 años.
- **La prueba de Papanicolaou es obligatoria para las pacientes mujeres:**
 - A partir de los 21 años.
 - A criterio del ginecólogo, normalmente cada 3 años.
- **Cartilla de vacunación, muy recomendable para todos los pacientes:**
 - Tétanos (TDAP): cada 10 años [NO se administra en el centro de diálisis].
 - Hepatitis A x2 dosis (con seis meses de diferencia) [NO se administra en el centro de diálisis].
 - Hepatitis B x4 dosis o tener anticuerpos.
 - Neumonía: cada 5 años.
 - Vacuna contra la gripe: anual.
 - COVID-19.

**Guarde los resultados de las pruebas anteriores
y envíelos junto con la derivación.**

901 Rancho Lane, Suite 250, Las Vegas, NV 89106-3805

Teléfono: (702) 383-2224

Fax: (702) 383-1876



Si tiene dificultades para obtener una autorización odontológica, las siguientes clínicas dentales podrían ayudarle a tramitarla:

- **Dentist on Nellis**
 - Teléfono: (702) 457-5335
- **Dr. Erick Bernsweig, D.D.S, M.S**
 - Teléfono: (702) 869-8200 o (702) 228-6684
- **UNLV School of Dental Medicine**
 - Teléfono: (702) 774-5175
- **Centro de prácticas de la Facultad de Odontología:**
 - Teléfono: (702) 651-5510

Estas clínicas pueden suponer una opción asequible; no obstante, le recomendamos que consulte con su seguro para determinar cuáles serán los gastos de bolsillo. Tenga en cuenta que usted es responsable de los gastos derivados de cualquier tratamiento dental al que se someta.



Elegir un proveedor de atención primaria (PCP)

Contar con un PCP es fundamental para el control de su salud antes y después del trasplante.

Un proveedor de atención primaria (PCP) es fundamental para lo siguiente:

- ✓ El mantenimiento rutinario de la salud (vacunas, pruebas de detección del cáncer, enfermedades crónicas).
- ✓ El tratamiento de problemas médicos no relacionados con el trasplante (resfriados, presión arterial, diabetes, etc.).
- ✓ La coordinación de la atención con su equipo de trasplantes tras el trasplante para garantizar su salud a largo plazo.

¿Cuándo debe elegir un PCP? ¡De inmediato!

¿Necesita ayuda para encontrar un PCP?

- Es fundamental establecer cuanto antes una relación con un proveedor de atención primaria (PCP).
- Elegir un centro cercano a su domicilio le facilitará la comodidad y la continuidad en su proceso de atención médica.

Sedes en Las Vegas

1. UMC Centennial Hills Primary Care
 - Dirección: 5785 Centennial Center Blvd., Suite 230, Las Vegas, NV 89149
 - Teléfono: (702) 383-2273
 - Horario: de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m.; sábados, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
2. UMC Southern Highlands Primary Care
 - Dirección: 11860 Southern Highlands Parkway, Suite 100, Las Vegas, NV 89141
 - Teléfono: (702) 383-2273
 - Horario: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
3. UMC Spring Valley Primary Care
 - Dirección: 4180 S. Rainbow Blvd., Suite 809, Las Vegas, NV 89103
 - Teléfono: (702) 383-2273
 - Horario: de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m.
4. UMC Peccole Ranch Primary Care
 - Dirección: 9320 W. Sahara Ave., Las Vegas, NV 89117
 - Teléfono: (702) 383-2273
 - Horario: de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m.

5. UMC Summerlin Primary Care
 - Dirección: 2031 N. Buffalo Dr., Las Vegas, NV 89128
 - Teléfono: (702) 383-2273
 - Horario: de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m.
6. UMC East Charleston Primary Care
 - Dirección: 5755 E. Charleston Blvd., Las Vegas, NV, 89110
 - Teléfono: (702) 383-2273
 - Horario: de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m.

Sede de Henderson

8. UMC Sunset Primary Care
 - Dirección: 525 Marks St., Henderson, NV 89014
 - Teléfono: (702) 383-2273
 - Horario: de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 6:00 p. m.

Sede de Pahrump

Aunque UMC no cuenta con un centro de atención primaria en Pahrump, entre las opciones cercanas se incluye la siguiente:

- a. Intermountain Health Pahrump Clinic
 - Dirección: 1397 S Loop Rd. Pahrump, NV 89048
 - Teléfono: (775) 727-5500
 - Horario: de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Próximos pasos:

- Elija un centro cercano: consulte la lista anterior y seleccione el centro que le resulte más cercano a su domicilio.
- Programe una cita: llame al centro elegido para concertar una cita con un PCP.
- Prepárese para la visita: traiga sus registros médicos, una lista de los medicamentos que toma actualmente y cualquier pregunta que pueda tener.



Autorización odontológica

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
completó su examen odontológico. No padece ninguna infección activa que le impida someterse a un trasplante de riñón y tomar medicamentos inmunosupresores.

Marque una de las siguientes opciones: Autorizado / No autorizado

DE: _____
FIRMA DEL DDS FECHA

- NOMBRE COMPLETO DEL DDS EN LETRA IMPRENTA _____
- NOMBRE DEL CENTRO _____
- NÚMERO DE TELÉFONO _____

Envíe por fax el formulario cumplimentado al número: 702-383-1876



SEGUIMIENTO DE MI PROGRESO

Mantenga este formulario en un lugar visible para que no se le olvide.

**SE DEBEN REALIZAR TODAS LAS PRUEBAS PERTINENTES ANTES DE
CONCERTAR UNA CITA PARA LA EVALUACIÓN. ENVÍE ESTE FORMULARIO Y
LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS POR FAX AL 702-383-1876 UNA VEZ CUMPLIMENTADOS.**

- Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
- **Colonoscopia**
 - Fecha del examen: _____
 - Nombre del médico: _____
 - Teléfono: _____ Fax: _____
- **Mamografía**
 - Fecha del examen: _____
 - Nombre del médico: _____
 - Teléfono: _____ Fax: _____
- **Papanicolaou**
 - Fecha del examen: _____
 - Nombre del médico: _____
 - Teléfono: _____ Fax: _____
- **Examen odontológico**
 - Fecha del examen: _____
 - Nombre del médico: _____
 - Teléfono: _____ Fax: _____
- **Cartilla de vacunación**
 - Hepatitis A x 2 dosis: Fecha de la dosis n.º 1: _____ Fecha de la dosis n.º 2: _____
 - Hepatitis B x 4 dosis: Dosis n.º 1: _____ Dosis n.º 2: _____
 - Dosis n.º 3: _____ Dosis n.º 4: _____
 - Vacuna contra la gripe: Fecha _____
 - Vacuna contra la neumonía: Fecha _____
 - Vacuna contra el tétanos (TDAP): Fecha _____

901 Rancho Lane, Suite 250, Las Vegas, NV 89106-3805

Teléfono: (702) 383-2224

Fax: (702) 383-1876



Cómo obtener sus registros médicos

Conocer sus antecedentes médicos es fundamental para tomar decisiones informadas en materia de salud. Los pacientes que nos facilitan estos registros avanzan más rápidamente en la lista de trasplantes.

Consejo: Utilice la carta de evaluación que se le proporcionó para llevar un registro de las pruebas.

En Nevada, los artículos 629.061 y 629.062 del NRS garantizan que los pacientes tengan derecho a acceder a sus registros médicos, ya sea mediante consulta física, copias o transmisión electrónica, y que el proceso sea razonablemente asequible y se lleve a cabo en un plazo razonable.

Cómo solicitar registros médicos:

1. A continuación, anote la información relativa al día en que se someta a la prueba, incluyendo lo siguiente:
 - a. Fecha en que se realizó la prueba
 - b. Nombre del médico
 - c. Número de teléfono del médico
 - d. Número de fax del médico
2. El día de su cita, indique claramente que desea solicitar una copia de sus registros médicos y pregunte cuándo estarán disponibles los resultados de sus pruebas.
3. Programe un recordatorio en su teléfono o en su carta para solicitar el registro en el consultorio del médico o en el centro médico.
4. Solicite el registro cuando esté disponible.
5. Envíe el registro a nuestra oficina por cualquiera de los siguientes medios:
 - a. Fax: 702-383-1876
 - b. Correo electrónico: TransplantReferrals@umcsn.com
 - c. Envíelo por correo postal o entréguelo en mano:
UMC Transplant Center
901 S Rancho Lane Ste. 250
Las Vegas, NV 89106

Le rogamos que conserve una copia de todos y cada uno de los resultados de las pruebas.

Las personas que llevan un registro obtienen mejores resultados en materia de salud.

901 Rancho Lane, Suite 250, Las Vegas, NV 89106-3805

Teléfono: (702) 383-2224

Fax: (702) 383-1876