



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