



Clinical Transplant Services (Servicios Clínicos de Trasplante)
Kidney/Pancreas Transplant Program (Programa de Trasplante de Riñón y Páncreas)
Mail Code: CB569 • 3181 SW Sam Jackson Park Rd. • Portland, OR 97239 -3098
Tel.: 503/494-8500 • Línea gratuita: 800/452-1369, ext. 8500 • Fax: 503/494-4492

Cuestionario de salud para el donante vivo de OHSU

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Sexo _____ Raza _____ Estatura _____ Peso _____

Nombre de su receptor: _____

¿Cómo lo conoce? _____

Encierre con un círculo la forma de contacto que prefiere:

Teléfono particular _____

Escuela secundaria 9 10 11 12 Universidad 1 2 3 4 5 6 7 8

Teléfono laboral _____

Ocupación _____

Teléfono celular _____

Cantidad de horas que trabaja por semana _____

Estado civil S__ C__ D__ V__

Persona de apoyo principal _____

¿Es ciudadano estadounidense? S N

¿Es un extranjero residente? S N

Correo electrónico: _____

Encierre con un círculo si alguna vez recibió tratamiento para lo siguiente:

Anemia
Asma
Infección en la vejiga
Sangre en la orina
Dolor en el pecho
Diabetes
Hipertensión
Infección renal
Lupus
Colitis ulcerosa

Ansiedad
Enfermedad autoinmunitaria
Problemas de sangrado
Transfusiones de sangre
Convulsiones
Enfermedad cardíaca
Herpes genitales
Cálculos renales
Problemas de tiroides
Infección de las vías urinarias

Artritis
Dolor de espalda
Coágulos sanguíneos
Cáncer
Depresión
Hepatitis
Diabetes gestacional
Enfermedad pulmonar
Tuberculosis

Si encerró con un círculo alguna de estas afecciones, brinde los detalles al dorso e incluya la cantidad de veces que recibió tratamiento y durante cuánto tiempo estuvo enfermo.

¿Qué medicamentos, incluidos los medicamentos de venta libre, hierbas o suplementos, toma?

¿Tiene seguro médico? S N

Nombre y número de teléfono de su médico: _____

¿Cuál es la fecha de su examen físico más reciente? _____

Enumere todos sus problemas de salud actuales: _____

Enumere todas sus hospitalizaciones e indique la fecha, el hospital y el motivo.

¿Algún familiar consanguíneo tuvo alguna de las siguientes afecciones? (Si la respuesta es “Sí”, ¿quién?)

Enfermedad renal	Sí / No _____	Problemas cardíacos	Sí / No _____
Diabetes	Sí / No _____	Epilepsia	Sí / No _____
Presión arterial alta	Sí / No _____	Cáncer	Sí / No _____
Accidente cerebrovascular	Sí / No _____	Cáncer de mama	Sí / No _____
Tuberculosis	Sí / No _____	Cáncer de próstata	Sí / No _____
Enfermedad mental	Sí / No _____	Cáncer de colon	Sí / No _____

**DEVUELVA ESTE FORMULARIO COMPLETO, SU REGISTRO DE PRESIÓN ARTERIAL
Y SUS CONSENTIMIENTOS FIRMADOS Y FECHADOS ANTE TESTIGOS A LA OFICINA
DE TRASPLANTES EN EL SOBRE ADJUNTO.**

**EL COORDINADOR DE DONANTES VIVOS LO LLAMARÁ
DESPUÉS DE RECIBIR SU DOCUMENTACIÓN.**