

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:*

*Encierre con un círculo el nivel de estudios más
alto que haya alcanzado:*

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

Ansiedad

Artritis

Asma

Enfermedad autoinmunitaria

Dolor de espalda

Infección en la vejiga

Problemas de sangrado

Coágulos sanguíneos

Sangre en la orina

Transfusiones de sangre

Cáncer

Dolor en el pecho

Convulsiones

Depresión

Diabetes

Enfermedad cardíaca

Hepatitis

Hipertensión

Herpes genitales

Diabetes gestacional

Infección renal

Cálculos renales

Enfermedad pulmonar

Lupus

Problemas de tiroides

Tuberculosis

Colitis ulcerosa

Infección de las vías urinarias

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.