



**Oregon Health & Science University
Hospitals and Clinics
Servicios Clínicos de Trasplantes
Programa de Trasplante de Hígado**

Código Postal: L590 • 3181 SW Sam Jackson
Park Rd. • Portland, OR 97239-3098
Tel: 503/494-8500 • Fax: 503/494-4492
• Tel Gratuito 800/452-1369 x8500

TR3742



Page 1 of 1

ACCOUNT NO.
MED. REC. NO.
NAME
BIRTHDATE

Patient Identification

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS CANDIDATOS A TRASPLANTES

Como paciente del programa de trasplante, usted se ha convertido en un miembro del Equipo de Trasplante. La forma en la que cumpla sus responsabilidades como miembro del equipo de trasplante jugará un papel muy importante en su éxito. Sus responsabilidades comienzan en la fase previa al trasplante y continuarán después de la cirugía por el resto de su vida. El incumplimiento médico (no seguir el plan médico preparado para usted por su Equipo de Trasplante) es una de las principales razones por la cual las personas pierden su trasplante, solo superada por el rechazo y la infección. Un trasplante exitoso requiere de un ESFUERZO DE EQUIPO. Usted y su familia son miembros muy importantes del equipo de trasplante, junto con sus médicos, enfermeros, trabajadores sociales, nutricionista y dentista.

Debido a que este es un tema tan importante, queremos expresar claramente sus derechos y responsabilidades después del trasplante.

Yo, _____, me comprometo conmigo mismo(a), con el Equipo de Trasplante, con mi doctor y con mi familia a que haré mi parte para cuidarme a mí y a mi trasplante de riñón o páncreas.

1. Asumiré la responsabilidad de hacerme los análisis de laboratorio siguiendo la programación indicada y de verificar los resultados cada vez que me los haga.
2. Programaré citas periódicas en la clínica con el Equipo de Trasplante y con mi doctor local, y asistiré a ellas.
3. Tomaré mis medicamentos todos los días tal como me los recetaron. Si tengo algún problema para tomar o conseguir mis medicamentos, llamaré a la oficina de trasplantes durante el horario de atención.
4. Comprendo que tengo que permanecer en el área de Portland (no más lejos de 1 hora y media de distancia de viaje) durante un período de, aproximadamente, uno a tres meses después del trasplante. Yo seré responsable por los gastos de alojamiento, comidas y transporte durante ese tiempo.
5. Yo sé que el tabaco es malo para mi salud en general y puede incrementar el riesgo de enfermedades del corazón. Dejaré de consumir productos con nicotina inmediatamente.
6. Mantendré una abstinencia total de drogas ilegales, como la cocaína y la heroína, puesto que comprendo que dañan mi salud.
7. Si el Equipo de Trasplante determina que tengo un trastorno de abuso de sustancias, me comprometo a participar en una evaluación de trastornos de consumo de sustancias y en el programa de tratamiento o abstinencia que me prescriba el Equipo de Trasplante.
8. Comprendo que los cambios que debo hacer en mi vida después del trasplante pueden causar estrés. Si tengo problemas para adaptarme a esos cambios, le pediré ayuda al Equipo de Trasplante.
9. Si me siento incapaz de cumplir estas responsabilidades, contactaré al Equipo de Trasplante para pedir ayuda.

Acepto mis responsabilidades como participante activo en mi atención y entiendo que los temas tratados en este acuerdo son importantes para mi salud y para prolongar la salud y vida de mi trasplante.

Firma: _____

Fecha: _____