

CUESTIONARIO DE SALUD (RIÑÓN)

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO DE ÁREA: _____

FECHA DE NACIMIENTO : _____ # DE SEGURO SOCIAL: _____

TELÉFONO RESIDENCIAL: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

SEXO : MASCULINO: FEMENINO: ¿NACIÓ USTED EN ESTADO UNIDOS? SI: NO:

PAÍS DE CIUDADANÍA : _____

IDIOMA (S) QUE HABLA: _____

¿CUANDO VINO A LOS ESTADOS UNIDOS? MES: _____ DÍA: _____ AÑO: _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO: CASADO : DIVORCIADO: SEPARADO: VIUDO:

NOMBRE DE SU CÓNYUGE: _____ FECHA DE NACIMIENTO DE SU CÓNYUGE: _____ / _____ / _____

NÚMERO DE HIJOS : _____ EDADES DE SUS HIJOS : _____

OCUPACIÓN : _____ EMPLEADOR: _____

CAUSA DEL FALLO RENAL : _____ DÍA QUE SE LE DIAGNOSTICO: _____

CENTRO DE DIÁLISIS: _____ DÍA QUE EMPEZÓ DIÁLISIS: _____

TIPO DE DIÁLISIS: HEMODIÁLISIS PERITONEAL(PD) HEMODIÁLISIS EN CASA

HORARIO DE LA HEMODIÁLISIS: LUN/MIER/VIER MAR /JUE/SAB TURNO: _____

HORARIO DE LA DIÁLISIS PERITONEAL: _____

TIPO DE ACCESO DE LA DIÁLISIS: FISTULA GRAF CATÉTER DÍA QUE SE LA PUSIERON: _____

ALTURA: _____ PESO : _____ VISIÓN: _____ AUDICIÓN: _____

PRESIÓN ARTERIAL: _____

¿CUÁL ES SU GRADO DE EDUCACIÓN?

- PRIMARIA (0-8)
- SECUNDARIA(9-12)
- COLEGIO/ESCUELA TÉCNICA
- ASOCIADO
- BACHILLERATO/LICENCIATURA
- POST-GRADO MAESTRÍA/DOCTORADO

ESTÁ TRABAJANDO ACTUALMENTE.

SI: No: RETIRADO:

SI:

- MEDIO TIEMPO
- MEDIO TIEMPO POR LAS DEMANDAS DEL TRABAJO
- MEDIO TIEMPO POR INCAPACIDAD
- MEDIO TIEMPO POR LA INHABILIDAD DE ENCONTRAR UN TRABAJO DE TIEMPO COMPLETO
- TIEMPO COMPLETO POR DECISIÓN DEL PACIENTE.
- OTRO: _____

CAPACIDAD FÍSICA:

- MOVILIDAD ILIMITADA
- MOVILIDAD LIMITADA
- SILLA DE RUEDAS O NO MOVILIDAD

CUÁL ES SU RAZA/ETNIA:

(MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN)

<input type="checkbox"/>	INDOAMERICANO O NATIVO DE ALASKA
<input type="checkbox"/>	ESQUIMAL
<input type="checkbox"/>	INDIO DE ALASKA
<input type="checkbox"/>	AFROAMERICANO
<input type="checkbox"/>	HINDÚ
<input type="checkbox"/>	HAITIANO
<input type="checkbox"/>	HAWAIANO
<input type="checkbox"/>	GUAMEÑO CHAMORRO
<input type="checkbox"/>	SAMOANO
<input type="checkbox"/>	INDO ASIÁTICO
<input type="checkbox"/>	CHINO
<input type="checkbox"/>	FILIPINO
<input type="checkbox"/>	JAPONÉS
<input type="checkbox"/>	COREANO
<input type="checkbox"/>	VIETNAMITA
<input type="checkbox"/>	MEXICANO
<input type="checkbox"/>	PUERTORRIQUEÑO
<input type="checkbox"/>	CUBANO
<input type="checkbox"/>	ÁRABE DEL MEDIO ORIENTE
<input type="checkbox"/>	DESCENDENCIA EUROPEA
<input type="checkbox"/>	BLANCO
<input type="checkbox"/>	OTRO _____

CUAL ES LA RAZA/ETNIA DE SU MADRE Y PADRE

(MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN)

<input type="checkbox"/>	INDOAMERICANO O NATIVO DE ALASKA
<input type="checkbox"/>	ESQUIMAL
<input type="checkbox"/>	INDIO DE ALASKA
<input type="checkbox"/>	AFROAMERICANO
<input type="checkbox"/>	HINDÚ
<input type="checkbox"/>	HAITIANO
<input type="checkbox"/>	HAWAIANO
<input type="checkbox"/>	GUAMEÑO CHAMORRO
<input type="checkbox"/>	SAMOANO
<input type="checkbox"/>	INDO ASIÁTICO
<input type="checkbox"/>	CHINO
<input type="checkbox"/>	FILIPINO
<input type="checkbox"/>	JAPONÉS
<input type="checkbox"/>	COREANO
<input type="checkbox"/>	VIETNAMITA
<input type="checkbox"/>	MEXICANO
<input type="checkbox"/>	PUERTORRIQUEÑO
<input type="checkbox"/>	CUBANO
<input type="checkbox"/>	ÁRABE DEL MEDIO ORIENTE
<input type="checkbox"/>	DESCENDENCIA EUROPEA
<input type="checkbox"/>	BLANCO
<input type="checkbox"/>	OTRO _____

NOMBRE COMPLETO Y DIRECCIÓN DE SUS MÉDICOS O PROVEEDORES DE SALUD.

NEFRÓLOGO (DOCTOR DEL RIÑÓN): _____ **TELÉFONO:** _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO DE ÁREA :** _____

ENDOCRINÓLOGO:
(DOCTOR DE LA DIABETES): _____ **TELÉFONO:** _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO DE ÁREA :** _____

DOCTOR
PRIMARIO(PCP) _____ **TELÉFONO:** _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO DE ÁREA:** _____

CARDIÓLOGO
(DOCTOR DE CORAZÓN): _____ **TELÉFONO:** _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CÓDIGO DE ÁREA:** _____

HISTORIA MÉDICA

ENFERMEDADES INFANTILES : SARAMPIÓN: PAPERAS: VARICELA : OTRA: _____

¿TIENE HISTORIA DE ALTA PRESIÓN? SI No

¿TIENE HISTORIA DE DIABETES? SI No SI: EDAD CUANDO EMPEZÓ: _____

HÁBITOS: ALCOHOL: TABACO: DROGAS:

NÚMERO DE EMBARAZOS : _____ NÚMERO DE HIJOS: _____

ALERGIAS: _____

MEDICINAS: _____

¿TIENE HISTORIA DE ENFERMEDADES DEL CORAZÓN?

SI: No: SI EXPLIQUE: _____

¿TIENE HISTORIA DE ATAQUE CARDIACO?

SI: No: SI EXPLIQUE: _____

¿TIENE HISTORIA DE ANGIOPLASTIA? Si No Día: _____
 CLÍNICA /HOSPITAL: _____

¿TIENE ALGÚN STENT (DERIVACIÓN)? Si No Día: _____
 CLÍNICA/HOSPITAL: _____

¿TIENE HISTORIA DE BYPASS? Si No Día: _____
 CLÍNICA/HOSPITAL: _____

¿TIENE HISTORIA DE ENFERMEDADES VASCULARES?
 Si: No: SI EXPLIQUE: _____

¿SE HA HECHO ALGÚN EXAMEN DEL CORAZÓN? Si No

CLÍNICA/HOSPITAL	DÍA	EXAMEN(S)

¿HA SIDO HOSPITALIZADO POR OTRA RAZÓN? Si No

CLÍNICA/HOSPITAL	DÍA	RAZÓN

¿HA TENIDO ALGÚN TRASPLANTE? Si No

CLÍNICA/HOSPITAL	DÍA	TIPO DE ÓRGANO

¿HA TENIDO ALUNA CIRUGÍA? Si No

CLÍNICA/HOSPITAL	DATE	TIPO

REVISIÓN DE LOS SISTEMAS. (EXPLIQUE LAS RESPUESTAS QUE MARCO SI)

PULMONES, DIFICULTADA PARA RESPIRAR, ASMA:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	EXPLICAR	_____
ESTOMAGO , INTESTINO:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	EXPLICAR	_____
NEUROLÓGICO (DERRAME, OTROS):	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	EXPLICAR	_____
PROBLEMAS DE COAGULACIÓN :	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	EXPLICAR	_____
TIROIDES:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	EXPLICAR	_____
PSIQUIÁTRICOS (DEPRESIÓN, ANSIEDAD, ATAQUES DE PÁNICO OTROS):	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	EXPLICAR	_____
NEUROPATÍA:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	EXPLICAR	_____

CUIDADOS POSTERIORES

¿QUIÉN LO VA A CUIDAR CUANDO TENGA EL TRASPLANTE? _____

¿QUIÉN LO VA A APOYAR CUANDO TENGA SU TRASPLANTE? _____

¿QUIÉN LO VA A LLEVAR A LA CLÍNICA DESPUÉS DEL TRASPLANTE? _____

¿SU SEGURO MEDICO PAGA POR MEDICINAS? SI NO CO-PAGO: \$

¿EN QUÉ TRABAJA Y QUE HACE? _____

¿SI NO ESTÁ TRABAJANDO, ESTÁ PLANEANDO REGRESAR AL TRABAJO? _____

¿PORQUE QUIERE UN TRASPLANTE? _____

SI USTED ES DIABÉTICO(A), POR FAVOR CONTESTE LAS PREGUNTAS SIGUIENTES.

¿CUÁNTOS AÑOS TENÍA CUANDO EMPEZÓ CON DIABETES? _____

¿ES DIFÍCIL CONTROLAR SUS NIVELES DE AZÚCAR?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿LE BAJA LA EL NIVEL DEL AZÚCAR SIN QUE SE DÉ CUENTA?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿TIENE HIPOGLUCEMIA ASINTOMÁTICA?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿SE DESMAYA CUANDO LE BAJA SU AZÚCAR?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿SABE SI TIENE ENFERMEDADES DEL HÍGADO O HEPATITIS?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
¿TIENE USTED RETINOPATÍA?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>