

CUESTIONARIO PARA POSIBLES DONANTES RENALES

FECHA: _____ SS#: _____ Género: _____

NOMBRE DEL DONANTE: _____

Domicilio del donante: _____

Ciudad, Estado, Zona Postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Teléfono celular: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ ESTATURA: _____ PESO: _____

Nombre del recipiente _____

La relación al recipiente _____

PARTE 1 – Información Médica del Dónante

MEDICAMENTOS	SUPLEMENTOS HERBARIOS	ALERGIAS A MEDICAMENTOS

Pruebas médicas	Fecha de la última	Médicos Nombre y número de teléfono:
Examen físico		
mamografía		
citología cérvico-vaginal		
Antígeno Prostático Específico		

PARTE 2- TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ? POR FAVOR, MARQUE SI O NO

	SI	No		SI	No
DIABETES:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIPERTENSIÓN:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cálculos renales:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LA ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CÁNCER:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENFERMEDAD DEL CORAZÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis activa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿ESTÁ USTED EMBARAZADA O ESTÁ TRATANDO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LUPUS:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LA DIABETES GESTACIONAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte 3- Tiene o ha tenido alguna vez? Marque Si o No Anote la cantidad y frecuencia

	YES	No		YES	No	AMT/FREC.
ASMA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALCOHOL:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ANEMIA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FUMA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
COLESTEROL ALTO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEJO DE FUMAR :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CUANDO? _____
TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DROGAS INTRAVENOSAS :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
CONVULSIONES:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MARIHUANA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
SOPLOS CARDIACOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COCAÍNA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
INFECCIÓN URINARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TATUAJES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
INFECCIÓN DE LOS RIÑONES O VEJIGA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PERFORACIONES EN EL CUERPO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
PROTEÍNA EN LA ORINA;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PAPANICOLAOU ANORMAL:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(SOLO M MUJERES)
SANGRE EN LA ORINA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MAMO GRAMA ANORMAL:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ELEVADO PSA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(SOLO HOMBRES)
			DEPRESIÓN, ANSIEDAD, ATAQUES DE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
			PÁNICO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

PARTE 4 – HISTORIA QUIRÚRGICA Y HOSPITALIZACIÓN

POR FAVOR ANOTE CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO QUE USTED HAYA TENIDO EN EL PASADO

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	FECHA	MOTIVO DE LA CIRUGÍA

Alguna vez ha sido hospitalizado por alguna otra razón que la cirugía de arriba Si No

Motivo de hospitalización	FECHA	Diagnóstico

PARTE 5 – HAY ALGUIEN EN SU FAMILIA QUE TENGA O A TENIDO LO SIGUIENTE. MARQUE SI O NO

	Si	No	PARIENTE		Si	No	PARIENTE
PRESIÓN ARTERIAL ALTA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	ENFERMEDAD RENAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ATAQUE AL CORAZÓN O ACCIDENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	TRASPLANTE:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ENFERMEDAD CORONARIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	EN DIÁLISIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
DIABETES:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	EDAD DE INICIO:	_____		
CÁNCER:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	TIPO DE CÁNCER:	_____		

PARTE 6 – PREGUNTAS ADICIONALES. MARQUE SI O NO

	Si	No	
Es usted casado:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TIENE PREGUNTAS ACERCA DE SER UN DONANTE de riñón vivo _____
Esta su pareja enterada de su interés en donación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Esta listo para donar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Donde nació?	_____		Como clasificaría usted su sistema de apoyo a la familia?
¿Donde creció?	_____		Excelente <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/>
Cuál es su país de origen:	_____		No hay apoyo <input type="checkbox"/> Contra de la donación <input type="checkbox"/>
Cuantos hijos tiene	_____		Edades de los niños _____
¿Ha Hablado con su empleador acerca de darle tiempo al trabajo para los donantes de riñón?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿Alguna vez ha consultado a un psiquiatra o sentido la necesidad de ver a uno?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Quien lo va a cuidar después de la cirugía de riñón de donante:	_____		

PARTE 7 – PREGUNTAS ADICIONALES

CUÁL ES SU MÁS ALTO NIVEL DE ESTUDIOS TERMINADOS ESCUELA PRIMARIA (0-8) ESCUELA PRIMARIA (9-12)

CLASES EN LA UNIVERSIDAD/ESCUELA TÉCNICA GRADUADO DE LA UNIVERSIDAD MAESTRÍA O DOCTORADO

ESTÁ TRABAJANDO Y RECIBIENDO PAGO Si No RETIRADO

AFIRMATIVO, TIEMPO COMPLETO MEDIO TIEMPO POR LAS DEMANDES DEL TRATAMIENTO MEDIO TIEMPO DEBIDO A SU DISCAPACIDAD

MEDICO TIEMPO DEBIDO A LA INHABILIDAD DE CONSEGUIR TRABAJO DE TIEMPO COMPLETO TIEMPO PARCIAL ELECCIÓN DEL PACIENTE

EMPLEADOR: _____

OCUPACIÓN: _____

PARTE 8 – OTRAS PREGUNTAS:

CUÁL ES SU RAZA/ETNEA (CHEQUEE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

La Madre/Padre Etnicidad Raza

- AFRICANO (CONTINENTAL)
- AFROAMERICANO
- ALEUTIANO
- ÁRABE DEL MEDIO ORIENTE
- ASCENDENCIA EUROPEA
- BLANCO
- CHINO
- COREANO
- CUBANO
- DE ÁFRICA SEPTENTRIONAL
- ESQUIMO
- FILIPINO
- GUAMEÑO O CHAMORRO
- HAITIANO
- HISPANO OTRO
- INDIO ASIÁTICO
- INDIO DE ALASKA
- JAPONÉS
- MEXICANO
- NATIVO DE ALASKA
- NATIVO DE HAWÁI
- PUERTORRIQUEÑO
- PUERTORRIQUEÑO DE LA ISLA
- SAMOANO
- VIETNAMITA
- OTRA

- AFRICANO (CONTINENTAL)
- AFROAMERICANO
- ALEUTIANO
- ÁRABE DEL MEDIO ORIENTE
- ASCENDENCIA EUROPEA
- BLANCO
- CHINO
- COREANO
- CUBANO
- DE ÁFRICA SEPTENTRIONAL
- ESQUIMO
- FILIPINO
- GUAMEÑO O CHAMORRO
- HAITIANO
- HISPANO OTRO
- INDIO ASIÁTICO
- INDIO DE ALASKA
- JAPONÉS
- MEXICANO
- NATIVO DE ALASKA
- NATIVO DE HAWÁI
- PUERTORRIQUEÑO
- PUERTORRIQUEÑO DE LA ISLA
- SAMOANO
- VIETNAMITA
- OTRA

COMO RECIBIÓ ESTE CUESTIONARIO:

- ATENDIÓ UNA SESIÓN PARA EDUCACIÓN PARA EL DONANTE
- ME LO DIO EL RECIPIENTE DEL ÓRGANO
- SE LO ENVÍO POR CORREO EL PROGRAMA DE TRASPLANTE

ALGUNA VEZ HA RECIBIDO MATERIALES EDUCACIONALES DEL NORTHWESTERN

- SI No No estoy seguro