

CUESTIONARIO SOBRE HISTORIAL MÉDICO
PARA DÓNATE DE HÍGADO

NOMBRE: _____ FECHA: _____

NOMBRE DEL RECIPIENTE DEL TRASPLANTE _____

SU RELACIÓN CON EL RECIPIENTE DEL TRASPLANTE _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO RESIDENCIAL: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

TELÉFONO CELULAR: _____ OTRO TELÉFONO: _____

EMPLEADOR: _____ PROFESIÓN: _____

EXPLIQUE SUS OBLIGACIONES LABORALES: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: MASCULINO /FEMENINO SSN _____

NIVEL DE ESCUELA MÁS ALTO / ¿TÍTULO? _____

PAÍS DE NACIMIENTO: _____

¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EN EE.UU.?: _____

¿DE QUÉ PAÍS ES CIUDADANO?: _____

¿HA SERVIDO EN LAS FUERZAS ARMADAS?: _____

NOMBRE DE PERSONA IMPORTANTE / CÓNYUGE: _____

SOLTERO(A): _____ CASADO(A): _____ VIUDO(A): _____ COMPROMETIDO(A): _____
OTRO: _____

SEPARADO(A): _____ DIVORCIADO(A): _____ PERSONA IMPORTANTE / PAREJA _____

HIJOS SÍ / NO CANTIDAD DE HIJOS: _____

EDADES DE LOS NIÑOS: _____

SU PESO ACTUAL: _____ SU ALTURA: _____

Solid Organ Transplant Program (Programa de Trasplante de Órganos Sólidos)

¿ALGUNA VEZ HA TENIDO SOBREPESO? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNTO PESABA?: _____

¿CUALES SON SUS RAZONES PERSONALES PARA DONOAR?

¿CUANDO FUE LA ULTIMA VEZ QUE VIAJO FUERA DEL PAIS?

Solid Organ Transplant Program (Programa de Trasplante de Órganos Sólidos)

¿CUÁL ES SU RAZA/ETNIA?: (**marque todas las opciones que apliquen)

Indoamericano_____	Samoano_____	Puertorriqueño_____
Esquimal_____	Indoasiático_____	Puertorriqueño (Isla)_____
Indio de Alaska_____	Chino_____	Cubano_____
Nativo de Alaska_____	Filipino_____	Hispano Otra_____
Afroamericano_____	Japonés_____	Ascendencia europea_____
Africano (continental)_____	Coreano_____	Árabe/Del Medio Oriente_____
Antillano_____	Vietnamita_____	De África Septentrional (no negro)_____
Haitiano_____	Asiático Otra_____	Blanco Otra_____
Nativo de Hawai_____	Mexicano_____	Blanco_____
Guameño o Chamorro_____		

¿CUÁL ES LA RAZA/ETNIA DE SU MADRE Y PADRE?:
(**marque todas las opciones que apliquen)

Indoamericano_____	Samoano_____	Puertorriqueño_____
Esquimal_____	Indoasiático_____	Puertorriqueño (Isla)_____
Indio de Alaska_____	Chino_____	Cubano_____
Nativo de Alaska_____	Filipino_____	Hispano Otra_____
Afroamericano_____	Japonés_____	Ascendencia europea_____
Africano (continental)_____	Coreano_____	Árabe/Del Medio Oriente_____
Antillano_____	Vietnamita_____	De África Septentrional (no negro)_____
Haitiano_____	Asiático Otra_____	Blanco Otra_____
Nativo de Hawai_____	Mexicano_____	Blanco_____
Guameño o Chamorro_____		

Solid Organ Transplant Program (Programa de Trasplante de Órganos Sólidos)

NOMBRE / DIRECCIÓN / NÚMERO DE TELÉFONO DE SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA:

NOMBRE / DIRECCIÓN / NÚMERO DE TELÉFONO DE OTROS MÉDICOS ESPECIALISTAS QUE CONSULTA:

¿TIENE ALGUNA ALERGIA? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿A QUÉ ES ALÉRGICO?: _____

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁLES FUERON LAS REACCIONES ALÉRGICAS/LOS SÍNTOMAS?: _____

¿HA TENIDO ALGUNA LESIÓN? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ TIPO DE LESIONES HA TENIDO? _____

¿SE LE HA INGRESADO ALGUNA VEZ EN EL HOSPITAL? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿POR QUÉ MOTIVO? _____

¿HA TENIDO ALGUNA OPERACIÓN/CIRUGÍA? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ TIPO DE OPERACIONES HA TENIDO? _____

¿HA TENIDO ALGUNA OPERACIÓN/CIRUGÍA ABDOMINAL? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ TIPO DE CIRUGÍA ABDOMINAL HA TENIDO? _____

¿HA TENIDO ALGUNA COMPLICACIÓN DE ALGUNA CIRUGÍA? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ TIPO DE COMPLICACIÓN? _____

¿SE LE HA ADMINISTRADO ANESTESIA GENERAL? SÍ / NO

¿HA TENIDO ALGUNA COMPLICACIÓN DE LA ANESTESIA? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ TIPO DE COMPLICACIÓN? _____

¿TIENE ALGÚN PROBLEMA MÉDICO? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁLES? _____

¿HA TENIDO ALGUNA INFECCIÓN GRAVE? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁL? _____

¿SE LE HOSPITALIZÓ DEBIDO A ELLA? SÍ / NO

¿CUÁNDO SE LE HOSPITALIZÓ? _____

¿RECIBIÓ ANTIBIÓTICOS? SÍ / NO

¿SABE QUÉ TIPO DE INFECCIÓN TUVO? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ TIPO? _____

¿HA TENIDO ALGUNA TRANSFUSIÓN DE SANGRE? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNDO? _____

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁNDO SE REALIZARON LAS TRANSFUSIONES?: _____

EN CASO AFIRMATIVO, ¿TUVO ALGUNA REACCIÓN A LAS TRANSFUSIONES DE SANGRE Y

EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUÁLES? _____

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? SÍ / NO

EN CASO AFIRMATIVO: RECETADOS: _____

DE VENTA SIN RECETA: _____

ANTICONCEPTIVOS: _____

SUPLEMENTOS A BASE DE HIERBAS: _____

OTRO: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS MÉDICOS:

1. ¿Tiene alguna enfermedad cutánea?: **SÍ / NO**
 En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____
2. ¿Tiene artritis? **SÍ / NO** _____
3. ¿Tiene dolor de espalda? **SÍ / NO** _____
4. ¿Tiene dolores de cabeza? **SÍ / NO** _____
5. ¿Tiene alguna pérdida de sensación en sus brazos o piernas? **SÍ / NO**
 En caso afirmativo, ¿dónde? _____
6. ¿Se hace moretones con facilidad? **SÍ / NO**
7. ¿Alguna vez ha tenido problemas de sangrado? **SÍ / NO**
8. ¿Alguna vez ha tenido un coágulo de sangre? **SÍ / NO**
 En caso afirmativo, ¿dónde se presentó? _____
 ¿Cómo se trató? _____
9. ¿Tiene anemia? **SÍ / NO**
10. ¿Tiene presión arterial alta? **SÍ / NO**
 Si la tiene, ¿recibe tratamiento para ella? **SÍ / NO**
 Nombre del o de los medicamentos? _____
11. ¿Tiene enfermedad tiroidea? **SÍ / NO**
 Si la tiene, ¿recibe tratamiento para ella? **SÍ / NO**
 Nombre del medicamento _____

12. ¿Tiene tos crónica? SÍ / NO
- ¿Sibilancia? SÍ / NO
- ¿Bronquitis? SÍ / NO
- ¿Asma? SÍ / NO
- ¿Tuberculosis? SÍ / NO
- En caso afirmativo, cuándo y tratamiento _____
- ¿Neumonía? SÍ / NO
13. ¿Utiliza un inhalador? SÍ / NO
- En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____
- ¿Con qué frecuencia? _____
14. ¿Fuma? SÍ / NO
- Si lo hace, ¿cuánto fuma? _____
- ¿Fumó alguna vez? _____
- ¿Cuándo dejó de fumar? _____
15. ¿Alguna vez ha tenido una cardiopatía o un ataque cardíaco? SÍ / NO
16. ¿Alguna vez se ha sometido a una cirugía cardíaca? SÍ / NO
- En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
17. ¿Alguna vez ha sentido dolor torácico? SÍ / NO
- ¿Toma algún medicamento para aliviarlo? SÍ / NO
- En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____
18. ¿Tiene colesterol alto? SÍ / NO
- En caso afirmativo, ¿toma algún medicamento para el colesterol? SÍ / NO
- En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____
19. ¿Tiene disnea? SÍ / NO

26. ¿Tiene diarrea crónica? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____
¿Toma algún medicamento para detenerla? _____
¿Controla o detiene la diarrea? _____
27. ¿Tiene períodos de estreñimiento? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____
¿Qué los alivia? _____
28. ¿Alguna vez ha tenido sangre en las deposiciones? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
29. ¿Alguna vez ha vomitado sangre? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
¿Se hospitalizó? SÍ / NO
¿Tuvo que recibir transfusiones de sangre? SÍ / NO
30. ¿Alguna vez ha tenido úlceras estomacales? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
¿Recibió tratamiento para ellas? _____
31. ¿Alguna vez ha tenido problemas con la vesícula biliar? SÍ / NO
32. ¿Tiene diabetes? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿usa insulina, medicamento oral o control dietético? _____

33. ¿Alguna vez ha tenido ictericia? SÍ / NO
34. ¿Alguna vez se le ha informado que padece hepatitis? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿cuándo y qué tipo? _____
35. ¿Alguna vez se le ha informado que padece enfermedad hepática? SÍ / NO
En caso afirmativo, ¿qué tipo de enfermedad hepática? _____

36. ¿Bebe cerveza, vino o alcohol? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____
¿Es bebedor social? _____
¿Cuándo fue la última vez? _____
¿Qué cantidad de alcohol bebe? _____
37. ¿Alguna vez ha bebido cerveza, vino o alcohol? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿cuándo dejó de hacerlo? _____
En caso afirmativo, ¿cuánto bebía en el pasado? _____
38. ¿Alguna vez se le ha indicado que deje de beber? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
39. ¿Alguna vez ha tenido problemas con la vejiga? **SÍ / NO**
40. ¿Alguna vez ha sentido dolor al orinar? **SÍ / NO**
41. ¿Orina con frecuencia? **SÍ / NO**
42. ¿Tiene que orinar durante la noche? **SÍ / NO**
43. ¿Alguna vez ha tenido dificultad para orinar? **SÍ / NO**
44. ¿Alguna vez ha tenido cálculos renales? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿cuándo y recibió tratamiento? _____
45. ¿Ha tenido alguna vez infección en las vías urinarias? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
¿Recibió tratamiento? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____
46. ¿Alguna vez ha tenido una infección renal? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿cuándo y qué se usó para el tratamiento? _____

47. ¿Alguna vez ha necesitado diálisis? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
Si ahora está en diálisis, ¿en qué fecha comenzó? _____
Si ahora está en diálisis, ¿qué días va a diálisis?

48. ¿Alguna vez ha tenido un tumor? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿dónde se presentó? _____
¿Era cáncer? _____
¿Cómo se trató? _____
49. ¿Alguna vez ha tenido episodios de pérdida de conocimiento? _____
50. ¿Alguna vez ha tenido convulsiones? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
¿Recibe tratamiento todavía para las convulsiones? _____
51. ¿Alguna vez ha consultado a un siquiatra? **SÍ / NO**
52. ¿Alguna vez ha sentido la necesidad de consultar a un siquiatra? **SÍ / NO**
53. ¿Tiene algún problema de ansiedad? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
54. ¿Toma algún medicamento para la ansiedad? **SÍ / NO**
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
¿Qué tipo de medicamentos está tomando? _____
¿Cómo lidia durante un episodio de ansiedad? _____

55. ¿Tiene algún problema de depresión? SÍ / NO

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

56. ¿Toma algún medicamento para la depresión? SÍ / NO

En caso afirmativo, ¿qué medicamento? _____

¿Cómo lidia durante un episodio de depresión? _____

57. ¿Ha viajado alguna vez al extranjero? SÍ / NO

En caso afirmativo, ¿a qué países ha viajado?: _____

PREGUNTAS PARA MUJERES SOLAMENTE-----PÁGINA 15

13. ¿Alguna vez ha tenido una mamografía anormal? **SÍ / NO**

En caso afirmativo, ¿cuál fue la anomalía? _____

14. ¿Alguna vez ha tenido cáncer de seno? **SÍ / NO**

En caso afirmativo, ¿cuándo y cómo se trató? _____

13. ¿Recibe terapia de reemplazo de hormonas? **SÍ / NO**

En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____

¿Ha tenido algún otro problema médico que no haya mencionado? **SÍ / NO**

En caso afirmativo, indíquelos aquí: _____

¿Qué tratamiento(s) recibe? _____

¿Cómo califica su estado de salud actual?

Excelente _____ Bueno _____

Acceptable _____ Malo _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

¿Qué enfermedades hay presentes en su familia? (incluya padres, abuelos, hermanos, hermanas, hijos)

¿Alguna vez ha tenido?:	Sarampión:	SÍ / NO
	Paperas:	SÍ / NO
	Varicela:	SÍ / NO
	Fiebre reumática:	SÍ / NO
	Mononucleosis:	SÍ / NO
	Hepatitis A:	SÍ / NO
	Hepatitis B:	SÍ / NO
	Hepatitis C:	SÍ / NO
	Tuberculosis:	SÍ / NO

¿Alguna vez se ha vacunado contra lo siguiente?

Hepatitis A: SÍ / NO ¿Cuándo? _____

Hepatitis B: SÍ / NO ¿Cuándo? _____

**¿SE HA REALIZADO ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS /
PROCEDIMIENTOS?**

1. ¿Tomografía computarizada (CT)? **SÍ / NO**

 En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

 ¿Qué parte del cuerpo escanearon? _____
2. ¿Resonancia magnética (MRI)? **SÍ / NO**

 En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

 ¿Qué parte del cuerpo escanearon? _____
3. ¿Ultrasonido? **SÍ / NO** En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

 ¿Qué parte del cuerpo escanearon? _____
4. ¿Radiografía de tórax? **SÍ / NO** En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
5. ¿Biopsia del hígado? **SÍ / NO** En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
6. ¿Ecocardiograma? **SÍ / NO** En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
7. ¿Prueba de esfuerzo cardíaco? **SÍ / NO**

 En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
8. ¿Cateterismo cardíaco? **SÍ / NO**

 En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
9. ¿Prueba de función pulmonar? **SÍ / NO**

 En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
10. ¿Endoscopia superior? **SÍ / NO** En caso afirmativo, ¿cuándo? _____
11. ¿Colonoscopia? **SÍ / NO** En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

12. **¿Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (ERCP)? SÍ / NO**

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

13. **TIPS (Derivación portosistémico intrahepático transyugular)? SÍ / NO**

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

14. **Otras pruebas y cuándo?** _____

Solid Organ Transplant Program (Programa de Trasplante de Órganos Sólidos)

APROBACIÓN _____ FECHA: _____

Chief, Director of Transplantation (Director Jefe de Trasplantes)

MD

APROBACIÓN _____ FECHA: _____