



Cuestionario de donante de riñón vivo (COMPLETAR CON LETRA CLARA)

Complete el siguiente formulario (se prefiere correo electrónico o fax) y envíelo a:

Correo electrónico: Karen.Curreri@bmc.org **Teléfono:** 617-638-8368 (Consultorio/Correo de voz) o 617-638-8430 (Oficina principal)
Fax: 617-638-8427

Coordinadora de donantes vivos
Boston Medical Center, División de Cirugía de Trasplante
85 East Concord St. segundo piso, sala 2402
Boston, MA 02118-2642

Información demográfica:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/País/Código postal: _____

Teléfono _____ **SS#:** _____
¿Se puede dejar un mensaje? **SÍ** **NO**

Dirección de correo electrónico: _____

Idioma principal: _____ **Raza:** _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

¿Desea donar un riñón a una persona específica? **SÍ** **NO**

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del receptor potencial? _____

¿Cuál es su relación con este receptor potencial? _____

¿Quién es su médico de atención primaria? _____

Dirección del médico (incluir ciudad/estado/país/código postal): _____

Número de teléfono del médico:

¿Alguna vez ha tenido cáncer de piel?	SÍ	NO
¿Tiene alguna lesión cutánea sospechosa?	SÍ	NO
¿Alguna vez le han diagnosticado COVID?	SÍ	NO
En caso afirmativo, ¿cuándo? _____		
¿Alguna vez le han diagnosticado enfermedad renal?	SÍ	NO
¿Alguna vez le han dicho que tiene proteínas en la orina (proteinuria)?	SÍ	NO
¿Alguna vez le han dicho que tiene sangre en la orina (hematuria)?	SÍ	NO
¿Alguna vez ha tenido una lesión en uno de los riñones?	SÍ	NO
¿Alguna vez le han diagnosticado diabetes, incluida diabetes gestacional?	SÍ	NO
¿Alguna vez le han diagnosticado cálculos renales (nefrolitiasis)?	SÍ	NO
¿Alguna vez ha tenido infecciones del tracto urinario?	SÍ	NO
¿Alguna vez ha tomado medicamentos que pueden haber causado una lesión en los riñones?	SÍ	NO

Preguntas de detección del cáncer:

MUJERES:

¿Alguna vez ha tenido cáncer de cuello uterino o de útero?	SÍ	NO
¿Cuándo fue su última prueba de Papanicolaou? _____		

MUJERES mayores de 40 años:

¿Alguna vez ha tenido cáncer de mama?	SÍ	NO
¿Cuándo fue su última mamografía? _____		

HOMBRES mayores de 50 años:

¿Alguna vez ha tenido cáncer de próstata?	SÍ	NO
¿Cuándo fue su última prueba de antígeno prostático específico? _____		

HOMBRES y MUJERES mayores de 45 años:

¿Alguna vez ha tenido cáncer de colon?	SÍ	NO
¿Cuándo/Dónde fue su última colonoscopia? _____		

Ex FUMADORES y FUMADORES actuales:

¿Alguna vez ha tenido cáncer de pulmón?	SÍ	NO
---	----	----

Cualquier otro historial clínico (ejemplos: asma, epilepsia, enfermedad cardíaca, EPOC, etc.)	SÍ	NO
--	----	----

En caso afirmativo, detalle: _____

Historial quirúrgico: enumere todas las cirugías y años: _____

Preguntas de historia familiar:

¿A alguien en su familia le han diagnosticado:

arteriopatía coronaria?	SÍ	NO
cáncer?	SÍ	NO
nefropatía?	SÍ	NO
diabetes?	SÍ	NO
hipertensión?	SÍ	NO
cáncer de riñón?	SÍ	NO
enfermedades genéticas de los riñones?	SÍ	NO

En caso afirmativo a alguna de las preguntas anteriores, ¿a quién de su familia? _____

Preguntas de historia social:

¿Fuma actualmente? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿en qué año comenzó a fumar? _____

¿Cuántos cigarrillos o paquetes fuma por día? _____

¿Bebe alcohol, vino o cerveza? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿cuántas bebidas toma por día? _____

¿Actualmente o alguna vez ha usado drogas ilegales? SÍ NO

En caso afirmativo, explique: _____

Está: Casado Soltero Divorciado Separado

¿Tiene hijos? S N **Edades:** _____

Vacunas y refuerzos contra el COVID:

#1 Fecha: _____ **Tipo:** _____

#2 Fecha: _____ **Tipo:** _____

#3 Fecha: _____ **Tipo:** _____

#4 Fecha: _____ **Tipo:** _____

#5 Fecha: _____ **Tipo:** _____

#6 Fecha: _____ **Tipo:** _____

Cualquier refuerzo adicional: indique fechas y tipos:

¿Hay alguna otra información que le gustaría proporcionar?
