

Programa de trasplante renal y pancreático de UCLA  
**FORMULARIO DE INGRESO DE UNOS (RED ÚNIDA PARA LA COMPARTICIÓN DE ÓRGANOS,  
UNOS, por sus siglas en inglés)**

-----  
**1. Apellido:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_ **Inicial del segundo nombre:** \_\_\_\_\_

**Nombre anterior:** \_\_\_\_\_

**Número de seguro social:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Sexo:** M/F **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Código postal permanente:** \_\_\_\_\_

**Estado de residencia permanente:** \_\_\_\_\_

*(Nombre del estado dónde reside de forma permanente, no donde está en espera de un trasplante)*

-----  
**2. Constantes vitales:** Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

-----  
**3. Ciudadanía:**  Ciudadano de EE.UU.  
 No ciudadano de EE.UU. / Residente de EE.UU.  
 No ciudadano de EE.UU. / No residente de EE.UU., viajó a EE.UU. para el trasplante  
 No ciudadano de EE.UU. / No residente de EE.UU., viajó a EE.UU. por otro motivo que no sea el trasplante

País de residencia permanente: \_\_\_\_\_

Año de ingreso a EE.UU.: \_\_\_\_\_

**4. Grupo étnico o raza: (seleccione todos los orígenes que correspondan)**

Indio Americano o nativo de Alaska

- Indio americano
- Esquimal
- Aleutiano
- Nativo de Alaska
- Indio americano o nativo de Alaska: Otro
- Indio americano o nativo de Alaska:  
No especificado o desconocido

Asiático

- Indio asiático o del subcontinente Indio
- Chino
- Filipino
- Japonés
- Coreano
- Vietnamita
- Asiático: Otro
- Asiático: No especificado o desconocido

Negro o afroamericano

- Afroamericano
- Africano (Continental)
- Antillano
- Haitiano
- Negro o afroamericano : Otro
- Negro o afroamericano: No especificado o desconocido

Hispano o latino

- Mexicano
- Puertorriqueño (continente)
- Puertorriqueño (isla)
- Cubano
- Hispano o latino: Otro
- Hispano o latino: No especificado o desconocido

Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico

- Nativo de Hawái
- Nativo de Guam o Chamorro
- Samoano
- Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico: Otro
- Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico:  
No especificado o desconocido

Blanco

- Ascendencia europea
- Árabe o nativo del Oriente Medio
- Norteafricano (no negro)
- Blanco: Otro
- Blanco: No especificado o desconocido

Programa de trasplante renal y pancreático de UCLA  
**FORMULARIO DE INGRESO DE UNOS (RED ÚNIDA PARA LA COMPARTICIÓN DE ÓRGANOS,  
 UNOS, por sus siglas en inglés)**

**5. Trasplantes anteriores**

Órgano	Fecha de trasplante	Centro de trasplante	Fecha de rechazo del injerto

**6. Ocupación:** \_\_\_\_\_

**7. Trabaja para generar ingresos:**

- Sí
- No
- Se desconoce

**8. Nivel más alto de escolaridad:**

- Ninguno
- Primaria (0-8)
- Secundaria/Preparatoria (9-12)
- Asistió a la universidad o a una escuela técnica
- Licenciatura
- Título de posgrado
- No corresponde (menor de 5 años)
- Se desconoce

**9. Fuente de pago:**

Principal	Secundaria	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Seguro privado, especificar: _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Seguro público - Medicaid (Medi-Cal) <i>(fondos de gobierno que se utilizan para pagar a los médicos y otros profesionales sanitarios por cada servicio que se le brinda al paciente.)</i>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Seguro público - tarifa Medicare por los servicios (Se asigna el Medicare a un seguro HMO) <i>(fondos de gobierno que se utilizan para pagar a los médicos y otros profesionales sanitarios por cada servicio que se le brinda al paciente junto con prestaciones adicionales tales como coordinación de la atención o reducción de los gastos varios)</i>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Seguro público - Medicare y Choice (Únicamente Medicare)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Seguro público - Departamento de Servicios a Veteranos
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Seguro público - otro programa de gobierno, especificar: _____
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Particular
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Donación
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Atención gratuita
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pendiente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	De gobierno extranjero

Programa de trasplante renal y pancreático de UCLA  
**FORMULARIO DE INGRESO DE UNOS (RED ÚNIDA PARA LA COMPARTICIÓN DE ÓRGANOS,  
UNOS, por sus siglas en inglés)**

---

**10. Causa de su enfermedad renal:** \_\_\_\_\_

**11. ¿Padece de diabetes?**    Sí    No    Se desconoce

En caso afirmativo, sírvase especificar:

- Tipo I
- Tipo II
- Otro tipo
- Tipo desconocido
- Se desconoce el estado de diabetes

Edad de la aparición de la enfermedad: \_\_\_\_\_ años de edad

**12. ¿Ha padecido de cáncer anteriormente?**    Sí    No    Se desconoce

En caso afirmativo, sírvase especificar qué tipo:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Piel (melanoma)                    | <input type="radio"/> Piel (no melanoma) |
| <input type="radio"/> Tumor del sistema nervioso central | <input type="radio"/> Genitourinario     |
| <input type="radio"/> Seno                               | <input type="radio"/> Tiroides           |
| <input type="radio"/> Lengua/garganta/laringe            | <input type="radio"/> Pulmón             |
| <input type="radio"/> Leucemia/linfoma                   | <input type="radio"/> Hígado             |
| <input type="radio"/> Otro, sírvase especificar          |  |

**13. ¿Se le han infundido células insulares pancreáticas anteriormente?**    Sí    No    Se desconoce

Programa de trasplante renal y pancreático de UCLA  
**FORMULARIO DE INGRESO DE UNOS (RED ÚNIDA PARA LA COMPARTICIÓN DE ÓRGANOS,  
UNOS, por sus siglas en inglés)**

**Hoja de datos**

Sírvase brindarnos información sobre cualquier persona que pueda ayudarnos a localizarlo cuando haya un riñón disponible.

**(SÍRVASE ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE)**

**DIRECCIÓN:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

**NÚMEROS DE TELÉFONO DE CONTACTO: ¿PODEMOS DEJARLE UN MENSAJE DE VOZ? SÍ NO**

**¿Alguna restricción?**

Casa (si es diferente del celular): ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Sí No (¿Restricciones?)

Celular: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Sí No (¿Restricciones?)

Laboral: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Sí No (¿Restricciones?)

**OTROS NÚMEROS DE CONTACTO:**

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Casa ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Laboral ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Celular ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Casa ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Laboral ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Celular ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

3. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Casa ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Laboral ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Celular ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_