

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 (____) _____