

## Notas: Su evaluación de referencia de trasplante

---

Centro de Trasplantes:

---

Dirección:

---

Número de Teléfono:

---

Nombre del Medico:

---

Coordinador de Trasplantes:

---

Fecha de la Visita:

---

Notas de la Visita

---

---

---

---

---



## HSAG: La Red 15 de ESRD

---

**Dirección:** 3025 South Parker Rd.

Suite 820

Aurora, CO 80014

**Teléfono:** 800.783.8818

**Fax:** 303.860.8392

Para presentar una queja, comuníquese con ESRD Network 15 al: [1.800.783.8818](tel:18007838818), o por correo electrónico a HSAG: ESRD Network 15, [3025 South Parker Road, Suite 820, Aurora, CO 80014](https://www.hsag.com/en/esrd-networks/esrd-network-15/) <https://www.hsag.com/en/esrd-networks/esrd-network-15/>.

Este material fue preparado por HSAG: La Red 15 de ESRD, bajo contrato con Centros para Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés), agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. El contenido presentado no refleja necesariamente la política de CMS. CO-ESRD-15A146-08282019-03.



## ¿Considerando un Trasplante?

---

## Vamos e Empezar



*ESRD Network 15*

## ¿Considerando un trasplante?

Aquí hay una lista de elementos en los que puede comenzar a trabajar con su proveedor para prepararse para su evaluación de trasplante. Si bien esta lista no es exhaustiva, proporciona los elementos básicos requeridos por todos los centros de trasplante al evaluar posibles candidatos para trasplante. **Comience trayendo** esta lista a su cita de referencia de trasplante. El centro de trasplantes le informará sobre otras pruebas individualizadas que se necesitan.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Fecha de Inicio de Diálisis: \_\_\_\_\_

Problema	Fecha y Lugar de Finalización	Nombre del Proveedor
¿Ha tenido una historia y un examen físico en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Has visto a un dentista en el último año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Los problemas dentales no son necesariamente una barrera).		
¿Están sus vacunas al día? <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> Tétanos <input type="checkbox"/> PCV 13 <input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Hep A <input type="checkbox"/> Hep B <input type="checkbox"/> PPV 23 <input type="checkbox"/> Gripe		
¿Tiene una lista actualizada de medicamentos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Colonoscopia para pacientes mayores de 50 años. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
PSA para hombres mayores de 50 años. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Mamografía para hembras > 40 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Prueba de Papanicolaou para mujeres 21–65 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Si tiene diabetes, ¿ha tenido un A1C en el último año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Has visto a un endocrinólogo en el último año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Edad de inicio _____		

Mantener un estilo de vida saludable, cumplir con las órdenes de medicación y tratamiento, esforzarse por mantener la fuerza y el peso corporal sanos son todas las formas en que puede prepararse para un trasplante y acortar el tiempo desde la derivación a la lista de espera para el trasplante.

- ¿Mantienes un estilo de vida saludable?  Si  No    Peso corporal \_\_\_\_\_ (Lbs/Kgs)
- ¿Hace ejercicio regularmente?  Si  No Si la respuesta es No, considere hablar con su médico de comenzar un programa de ejercicios.
- ¿Eres fumador?  Si  No Si la respuesta es Sí, considere comenzar un programa para dejar de fumar.
- ¿Sigues tu prescripción de diálisis?  Si  No  
Medicación \_\_\_\_\_ Dieta \_\_\_\_\_ Manejo de Fluidos \_\_\_\_\_ Asistencia de Tratamiento \_\_\_\_\_