## 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

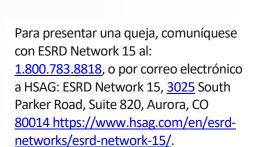
Dirección: 3025 South Parker Rd.

Suite 820

Aurora, CO 80014

**Teléfono:** 800.783.8818

Fax: 303.860.8392



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**



	3 to /
¿Considerando un trasplai	
Louisiaci ando an craspia.	1001

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?  ☐ Si ☐ No			
¿Has visto a un dentista en el último año? ☐ Si ☐ No (Los problemas dentales no son necesariamente una barrera).			
¿Están sus vacunas al día?  MMR Tétanos PCV 13 Neumonía Hep A Hep B PPV 23 Gripe			
¿Tiene una lista actualizada de medicamentos?	☐ Si ☐No		
Colonoscopia para pacientes mayores de 50 años.	☐ Si ☐ No		
PSA para hombres mayores de 50 años.	☐ Si ☐ No		
Mamografía para hembras> 40	☐ Si ☐ No		
Prueba de Papanicolaou para mujeres 21–65	☐ Si ☐ No		
Si tiene diabetes, ¿ha tenido un A1C en el último año? ¿Has visto a un endocrinólogo en el último año? Edad de inicio	☐ Si ☐ No ☐ Si ☐ No		
Mantener un estilo de vida saludable, cumplir con las órdenes son todas las formas en que puede prepararse para un traspla  • ¿Mantienes un estilo de vida saludable? ☐ Si ☐ No  • ¿Hace ejercicio regularmente? ☐ Si ☐ No Si la respuest  • ¿Eres fumador? ☐ Si ☐ No Si la respuesta es Sí, c  • ¿Sigues tu prescripción de diálisis? ☐ Si ☐ No  Medicación Dieta Manejo de Fluid	nte y acortar el tiem Peso corporal ta es No, considere considere comenzar	po desde la derivación a la lista de espera (Lbs/Kgs) hablar con su médico de comenzar u r un programa para dejar de fumar.	a para el trasplante.