



Baylor Scott & White

ANNETTE C. AND HAROLD C. SIMMONS
TRANSPLANT INSTITUTE

BAYLOR UNIVERSITY MEDICAL CENTER – DALLAS
BAYLOR SCOTT & WHITE ALL SAINTS MEDICAL CENTER – FORT WORTH

SOLICITUD PARA TRASPLANTE DE RIÑÓN

Quisiera que me consideraran para: Riñón Riñón/Páncreas Páncreas solamente

Quisiera que las pruebas de evaluación se realizaran en: Dallas Longview
 Fort Worth Lubbock Amarillo

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		Nombre:		
Dirección:	Núm. apartamento #:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Núm. Seguro Social:		Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Raza: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano/Esquimal/Aleutiano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra				
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Origen hispano <input type="checkbox"/> No de origen hispano				
Núm. de teléfono:		Núm. celular:	Correo electrónico:	
Ciudadano de EE. UU.: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma preferido:		¿Habla inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Contacto de emergencia:			Núm. de teléfono:	

INFORMACIÓN DE MEDICARE/MEDICAID			(Adjunte una copia de todas las tarjetas de seguro)	
Núm. ident. Medicare:	Núm. ident. Medicaid:	Núm. de plan de salud de Texas Kidney Health Plan:		

INFORMACIÓN DE SEGURO		
Nombre del titular primario de la póliza:	Fecha de nacimiento:	Núm. Seguro Social:
Aseguradora:	Núm. servicio al cliente:	
Núm. de póliza/ Ident.:	Núm. de grupo:	

INFORMACIÓN ADICIONAL		Médico que remite:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Núm. teléfono:	Núm. fax:			
Nombre de centro de diálisis:	Núm. teléfono:	Ciudad:		
Trabajador social de centro de diálisis:				
Tipo de diálisis: <input type="checkbox"/> Todavía no recibo diálisis <input type="checkbox"/> Peritoneal <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Hemodiálisis en domicilio	Estatura:	Peso:		
Días de diálisis: <input type="checkbox"/> Lun./Mié./Vie. <input type="checkbox"/> Mar./Jue./Sáb.	Fecha de la primera diálisis:			
Trasplante previo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, centro de trasplante:		Ciudad:	Fecha:

SOLICITUD DEL PACIENTE PARA COMENZAR LA EVALUACIÓN Y EL PROCESO DE AUDITORÍA FINANCIERA

Solicito que Baylor Scott & White All Saints Medical Center – Fort Worth (FW), Baylor University Medical Center (BUMC) y Dallas Transplant Institute (DTI) comiencen el proceso de auditoría financiera y evaluación de trasplante para mí. Entiendo que se comunicarán con mis aseguradoras para iniciar este proceso. Autorizo a mis médicos a revelar el contenido de mis expedientes médicos a FW, BUMC y DTI. Autorizo a FW, BUMC y DTI a divulgar mi información médica relacionada con mi diagnóstico o tratamiento, incluido, entre otros, los datos sobre enfermedades contagiosas, como la del virus de inmunodeficiencia humana (“VIH”) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (“SIDA”), los resultados de análisis de laboratorio, historial médico, tratamientos o cualquier otra información relacionada a: 1) los representantes de agencias locales, estatales o federales de conformidad con la ley; 2) Medicare; 3) Medicaid; 4) mi aseguradora o sus representantes designados; 5) toda persona o entidad con la responsabilidad económica de mi atención o tratamiento; 6) los empleados o representantes de FW, BUMC y DTI para la investigación y defensa de una demanda o causa de acción, actual o potencial, que se asevere o se pueda aseverar contra FW, BUMC y DTI o contra cualquier miembro del personal médico y de la plantilla de FW, BUMC y DTI, o 7) las personas o entidades para fines de reformas de calidad, fines educativos, de investigación médica, de acreditaciones u otros propósitos que utilizan habitualmente los hospitales y el personal médico para llevar a cabo sus funciones. Esta autorización se mantendrá vigente indefinidamente. Entiendo que la presente información se podría tener que divulgar para pagar los gastos médicos que se hayan incurrido en FW, BUMC y DTI. Autorizo además a que se divulgue esta información a los proveedores de atención médica asociados con mis cuidados fuera de FW, BUMC y DTI para facilitar aún más los servicios de atención médica.

Firma del paciente:	Fecha:
Nombre en letra de imprenta:	

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS		(Proporcione una copia de los siguientes documentos obligatorios)	
<input type="checkbox"/> Copia de ident. emitida por el gobierno, como licencia de conducir o pasaporte	Si recibe diálisis:	<input type="checkbox"/> Historial de cumplimiento reciente	<input type="checkbox"/> Prueba de tuberculosis (dentro del último año)
<input type="checkbox"/> Copia de tarjetas de seguro (al frente y al dorso)		<input type="checkbox"/> Copia del Formulario 2728 de HCFA	
<input type="checkbox"/> Historial y examen físico recientes del nefrólogo (dentro del último año)	Si no recibe diálisis:	<input type="checkbox"/> Estimación del índice de filtración glomerular o depuración de creatinina de 24 horas	
<input type="checkbox"/> Estatura y peso más recientes por parte del nefrólogo o centro de diálisis			

Las direcciones para las solicitudes de Baylor Scott y White Annette C. y Harold C. Simmons Transplant Institute son:

Para Dallas y Longview:
Dallas Transplant Institute
Attention: Pre-Transplant Dept.
1420 Viceroy Drive, Dallas, TX 75235
Ph: 214.358.2300 • Fax: 214.366.6088

Para Fort Worth, Lubbock y Amarillo:
Baylor Scott & White All Saints Medical Center - Fort Worth
Attention: Pre-Transplant Dept.
1400 8th Avenue, Fort Worth, TX 76104
Ph: 817.922.4650 • Fax: 817.922.2310