

SOLICITUD DE TRASPLANTE

Tipo de trasplante:
 Riñón Páncreas
 Corazón/riñón

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		Nombre: _____	
N.º de seguro social: _____	Fecha de nacimiento: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Número de teléfono: _____	Número de celular: _____	Correo electrónico: _____	
Ciudadano estadounidense: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Residente extranjero: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Idioma preferido: _____	
Dirección: _____	N.º de depto.: _____	Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal: _____
Estatura: _____	Peso: _____	Nombre del cónyuge: _____	Número de teléfono: _____
Contacto de emergencia: _____		Número de teléfono: _____	
INFORMACIÓN DE MEDICARE/MEDICAID		<i>(Incluya una copia de todas las tarjetas de seguro)</i>	
N.º de identificación de Medicare: _____	Fecha de vigencia: _____		
N.º de identificación de Medicaid: _____	Fecha de vigencia: _____		
N.º de plan de salud renal de Texas: _____	Fecha de la primera diálisis: _____		
INFORMACIÓN DEL SEGURO		INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO	
Compañía de seguros: _____		Compañía de seguros: _____	
N.º de Servicio de atención al cliente: _____		N.º de Servicio de atención al cliente: _____	
N.º de póliza/N.º de identificación: _____		N.º de póliza/N.º de identificación: _____	
N.º de grupo: _____		N.º de grupo: _____	
Dirección: _____		Dirección: _____	
Ciudad: _____	Estado: _____	Código postal: _____	Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Fecha de vigencia: _____		Fecha de vigencia: _____	
AGENTES QUE DERIVAN			
Médico que deriva: _____		Nombre del consultorio colectivo: _____	
Dirección: _____		Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____		N.º de fax: _____	
Nombre del centro de diálisis: _____		Número de teléfono: _____	
Trabajador social del centro de diálisis: _____			
Tipo de diálisis: <input type="checkbox"/> No recibe diálisis <input type="checkbox"/> Peritoneal <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Hemodiálisis domiciliaria			
Días de diálisis: <input type="checkbox"/> L/MI/V <input type="checkbox"/> MA/J/S		Hora de diálisis: _____	
Trasplante previo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es sí, indique la ubicación: _____ Fecha: _____	
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Solicitud del paciente para iniciar la evaluación y el proceso de la autorización financiera:			
<p>Solicito que Medical City Dallas Transplant Center comience el proceso de autorización financiera y la evaluación de trasplante por mí. Entiendo que se pondrán en contacto con mis compañías de seguro con la intención de iniciar el proceso de trasplante, autorizo a mis médicos a divulgar mis registros médicos a Medical City Dallas Transplant Center. Autorizo a Medical City Dallas Transplant Center a divulgar cualquier información médica relacionada con mi diagnóstico o tratamiento, incluida, entre otra, información relacionada a enfermedades transmisibles como el virus de inmunodeficiencia humano (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA), resultados de análisis de laboratorio, antecedentes médicos, tratamientos o cualquier otra información relacionada con: 1) Medicare, 2) Medicaid, 3) mi compañía de seguros o sus representantes designados 4) cualquier persona o entidad que tenga responsabilidad financiera por mi atención o tratamiento. La duración de esta autorización es indefinida. Entiendo que se puede requerir la divulgación de esta información con la intención de obtener pago por mis gastos médicos incurridos en Medical City Transplant Center. Además, autorizo la divulgación de esta información a los proveedores de atención médica asociados con mi atención que no pertenezcan a Medical City Transplant Center.</p>			
Firma del paciente: _____		Firma del testigo: _____	
Nombre en imprenta: _____		Nombre en imprenta: _____	
Fecha: _____		Fecha: _____	



7777 Forest Lane • Dallas, Texas 75230 • (972) 566-7000

SPANISH TRANSPLANT APPLICATION



DOCUMENTOS OBLIGATORIOS	<i>(Incluya una copia de los siguientes documentos obligatorios)</i>
<input type="checkbox"/>	Copia del frente y reverso de todas las tarjetas de seguros.
<input type="checkbox"/>	Copia de la tarjeta del seguro social.
<input type="checkbox"/>	Copia del documento de identidad de Texas o licencia de conducir (si estuviera disponible).
<input type="checkbox"/>	Copia de la tarjeta de residente extranjero (si corresponde).
<input type="checkbox"/>	Copia de 2728, si actualmente recibe tratamientos de diálisis.
ENVIAR POR FAX EL FORMULARIO DE DERIVACIÓN AL: 972.566.4872	

Enviar por correo la solicitud completada a:
Medical City
Transplant Services
7777 Forest Lane, Bldg. C-750
Dallas, Texas 75230
1-800-348-4318

