

# SOLICITUD DE TRASPLANTE

Tipo de trasplante:

- Riñón       Páncreas  
 Corazón/riñón

<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>		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: _____	
<b>INFORMACIÓN DE MEDICARE/MEDICAID</b>		<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: _____	
<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO</b>		<b>INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO</b>	
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: _____	
<b>AGENTES QUE DERIVAN</b>			
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: _____	
<b>DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Solicitud del paciente para iniciar la evaluación y el proceso de la autorización financiera:</b>			
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.			
Firma del paciente: _____		Firma del testigo: _____	
Nombre en imprenta: _____		Nombre en imprenta: _____	
Fecha: _____		Fecha: _____	

**DOCUMENTOS OBLIGATORIOS***(Incluya una copia de los siguientes documentos obligatorios)*

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <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



CENTRO DE TRASPLANTES

**SOLICITUD DE TRASPLANTE**

7777 Forest Lane • Suite C-750  
Dallas, Texas 75230 • (972) 566-7199