

# SOLICITUD DE TRASPLANTE

Tipo de trasplante:  
 Riñón  Corazón/Riñón  Páncreas

<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>		Nombre:	
N° 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"/> Si <input type="checkbox"/> No	Residente extranjero: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Idioma preferido:	
Dirección:	N° 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>(Incluir una copia de todas las tarjetas de seguro)</i>	
N° de Identificación de Medicare:	Fecha de vigencia:		
N° de Identificación de Medicaid:	Fecha de vigencia:		
N° 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° de Servicio de atención al cliente:		N° de Servicio de atención al cliente:	
N° de póliza/ Número de identificación		N° de póliza/ Número de identificación	
N° de grupo:		N° de grupo:	
Dirección:		Dirección:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad: Estado: Código postal:
Fecha de vigencia:		Fecha de vigencia:	
<b>AGENTES QUE DERIVAN</b>			
Medico que deriva:		Nombre del consultorio colectivo:	
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código postal:
Número de teléfono:		N° 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		Dialysis Time: Dialysis Start Date:	
Trasplante previo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es si, indique la ubicación: Fecha:	
<b>Consent - Patient Request to Begin Evaluation and Financial Clearance Process:</b>			
Solicito que Medical City Dallas Transplant Center comience el proceso de autorización financiera y la evaluación de trasplantes por mi. Entiendo que se pondran en contacto con mis companias de seguro con la intención de iniciar el proceso de trasplante, autorizo a mis medicos a divulgar mia registros medicos a Medical City Dallas Transplant Center.			
Firma del paciente: _____		Firma del testigo: _____	
Nombre en imprenta: _____		Nombre en imprenta: _____	
Fecha: _____		Fecha: _____	
<b>DOCUMENTOS OBLIGATORIOS</b>		<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 2728, si actualmente recibe tratamientos de diálisis	
<input type="checkbox"/> Copia de la tarjeta del seguro social		<input type="checkbox"/> Copia de la nota de diálisis más reciente	
<input type="checkbox"/> Copia del documento de identidad de Texas o licencia de conducir (si estuviera disponible)		<input type="checkbox"/> Copia de la liberación de sus registros Médicos	
<input type="checkbox"/> Copia de la tarjeta de residente extranjero (si corresponde)		<input type="checkbox"/> Copia de la lista actual de medicamentos	
<b>ENVIAR POR FAX EL FORMULARIO DE DERIVACIÓN AL: 469.484.2235</b> Enviar por correo la solicitud completada a: Medical City Dallas • Transplant Institute • 7777 Forest Lane, Bldg. C-240 Dallas, Texas 75230 • 1-800-348-4318			



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

## TRANSPLANT APPLICATION



\* T P L S \*

White - Medical City

PATIENT IDENTIFICATION

Yellow - Dialysis Center

MCD-RD770-07071S (Rev. 10/19)