

# DHR Health Transplant Institute

1100 E. Dove Avenue • Suite 200 • McAllen, TX 78504

P: 956.362.LIFE (5433) • F: 956.362.2420

TransplantReferral@dhr-rgv.com



# DHR Health

## Transplant Institute

### Kidney Transplant Center

## POTENTIAL KIDNEY DONOR SCREENING FORM

FORMULARIO DE DETECCIÓN DE DONANTE DE RIÑÓN

Donor Name: \_\_\_\_\_  Male  Female Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_  
*Nombre del donante hombre mujer Fecha de nacimiento Edad*

Social Security Number: \_\_\_\_\_ Email address: \_\_\_\_\_  
*Número de seguro social Correo electrónico*

Address (Street/City/State/Zip): \_\_\_\_\_  
*Domicilio (Ciudad/Estado/Código Postal)*

Home Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Work/Alt. Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
*Teléfono de casa Celular Trabajo/número alternativo*

Preferred Language:  English  Spanish  Other: \_\_\_\_\_ Marital Status:  S  M  D  W  
*Idioma preferido Inglés Español Otro Estado civil S C D V*

Citizenship:  U.S. Citizen  U.S. Resident  Other: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_  
*Ciudadanía Ciudadano Residente Otro Estatura Peso*

Do you have medical insurance?  No  Yes, type: \_\_\_\_\_ Do you get regular medical care?  No  Yes  
*Tiene seguro médico? No Sí, tipo Recibe cuidados médicos regularmente? No Sí*

Your doctor's name/number: \_\_\_\_\_ Do you know your blood type?  No  Yes, type: \_\_\_\_\_  
*Nombre y teléfono de su médico Sabe su tipo de sangre? No Sí, tipo*

Name of person to whom you would like to donate: \_\_\_\_\_ How are you related? \_\_\_\_\_  
*Nombre de la persona (recipiente) a la que le gustaría donar su riñón Cómo estás relacionado con el recipiente*

### PAST MEDICAL HISTORY

HISTORIA MÉDICA

Have you had any of these conditions (ha tenido alguna de estas condiciones):

- High blood pressure (alta presión)  No (No)  Yes, explain (Sí, explica): \_\_\_\_\_
- Diabetes (Diabetes)  No (No)  Yes, explain (Sí, explica): \_\_\_\_\_
- Cancer (Cancer)  No (No)  Yes, explain (Sí, explica): \_\_\_\_\_

### SOCIAL HISTORY

HISTORIA SOCIAL

- Have you ever smoked (fuma)?  No (No)  Yes, explain (Sí, explica): \_\_\_\_\_
- Do you drink alcohol (toma alcohol)?  No (No)  Yes, explain (Sí, explica): \_\_\_\_\_
- Do you have a history of drug use (drogas)?  No (No)  Yes, explain (Sí, explica): \_\_\_\_\_

### ADDITIONAL INFORMATION

INFORMACIÓN ADICIONAL

Are you willing to have all the required donor testing?  Yes  No  
*Esta dispuesto a hacerse todos los exámenes necesarios? Sí No*

Are you willing to lose weight if needed?  Yes  No  
*Esta dispuesto a bajar de peso si es necesario? Sí No*

Are you willing to continue a healthy lifestyle (healthy diet, weight control, exercise, and medical care) for the rest of your life after donation?  Yes  No  
*Esta dispuesto a seguir un estilo de vida saludable (una dieta saludable, control de peso, ejercicio y cuidados médicos) para el resto de su vida despues de donacion? Sí No*

Pre-operative evaluation and surgery are covered by the recipient's insurance. Do you understand that post-donation follow-up, travel, time off from work and lodging for family is not covered by recipient's insurance?  Yes  No  
*Los exámenes del donante, la cirugía y las visitas a la clínica están cubiertos por el seguro del receptor. Le queda claro que los gastos de traslado, tiempo ausente del trabajo y hospedaje para la familia no están cubiertos por el seguro del receptor? Sí No*

Who will be your caregiver while you recover from surgery? \_\_\_\_\_  
*Quien pueda ayudarle mientras se recupera de la cirugía (familia o amigo)?*

### DONOR REFERRAL FORM

\*00000RMFRT129\*