

Estimado candidato tentativo a trasplante, trabajador social, enfermero encargado y médico remitente:

Le agradecemos su interés por hacer su evaluación en Medical City Transplant Institute, Fort Worth (MCTI). Es necesario que recibamos todos los registros correspondientes que se enumeran a continuación, antes de poder programar la evaluación. Puede usar la siguiente como una lista de control y entregarla junto con su solicitud.

- Solicitud al programa completada
- Copia del Informe de Evidencia Médica de nefropatía terminal (end-stage renal disease, ESRD) (Formulario 2728, en caso de estar en diálisis)
- Copia de la licencia de conducir, carnet del seguro social, carnet de residencia (si procede) y tarjetas del seguro

Envíe por fax todos los documentos al MCTI al 469-713-8844. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro personal del MCTI al 817-834-8500.

Le agradecemos nuevamente por escoger a Medical City Transplant Institute, Fort Worth para su atención de trasplante.

NOMBRE:	
N.º del seguro social:	FDN: Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
N.º de teléfono:	N.º de celular: Correo electrónico:
Ciudadano de EE.UU.: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Residente extranjero: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Idioma preferido:
Dirección:	N.º de apto.: Ciudad: Estado: Código postal:
Altura: Peso: lbs kg	Cónyuge: N.º de teléfono:
Contacto de emergencia:	N.º de teléfono:
Información de Medicare/Medicaid (Incluya una copia de todas las tarjetas del seguro)	
N.º de ID de Medicare:	Entrada en vigor:
N.º de ID de Medicaid:	Entrada en vigor:
N.º del Texas Kidney Health Plan:	Fecha de la primera diálisis:
Información de la aseguradora	
Información de la aseguradora secundaria	
Cía. de seguros:	Cía. de seguros:
N.º de atención al cliente:	N.º de atención al cliente:
N.º de póliza/ID.:	N.º de póliza/ID.:
N.º de grupo:	N.º de grupo:
Dirección	Dirección
Ciudad: Estado: Código postal:	Ciudad: Estado: Código postal:
Fecha de entrada en vigor:	Fecha de entrada en vigor:
Intermediario	
Médico remitente:	Nombre del grupo de práctica:
Dirección:	N.º de teléfono:
Ciudad: Estado: Código postal:	N.º de fax:
Centro de diálisis:	Nefrólogo:
N.º de teléfono: N.º de fax:	Trabajador del centro de diálisis:
Tipo de diálisis: <input type="checkbox"/> Aún no comienza la diálisis <input type="checkbox"/> Peritoneal <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Hemodiálisis en el hogar	
Días de diálisis: <input type="checkbox"/> L/Mr/V <input type="checkbox"/> M/J/S	Tiempo de diálisis:
Centros en evaluación/en lista para trasplante:	
Trasplante previo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es afirmativo, ubicación: Fecha:
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Solicitud del paciente para empezar el proceso de evaluación y de liquidación:	
<p>Solcito que Medical City Transplant Institute, Fort Worth inicie el proceso de liquidación financiera y la evaluación del trasplante para mí. Entiendo que contactarán a mis compañías de seguros para comenzar el proceso de trasplante. Autorizo a mis médicos a divulgar mis informes médicos a Medical City Transplant Institute, Fort Worth. Autorizo a Medical City Transplant Institute, Fort Worth a divulgar cualquier información médica pertinente a mi diagnóstico o tratamiento, incluyendo, sin limitarse a, la información con respecto a enfermedades transmisibles como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); los resultados de las pruebas de laboratorio, los antecedentes médicos, los tratamientos o cualquier otra información relacionada con: 1) Medicare, 2) Medicaid, 3) mi compañía de seguros o sus representantes designados y 4) cualquier persona o entidad financiera responsable de mi atención o de mi tratamiento. La duración de esta autorización es indefinida. Entiendo que se necesite divulgar esta información para obtener el pago de los gastos médicos relacionados con mi atención en los que incurra Medical City Transplant Institute, Fort Worth. Asimismo, autorizo también la divulgación de esta información a otros proveedores de servicios médicos vinculados con Medical City Transplant Institute, Fort Worth.</p>	
Firma del paciente: _____	Firma del testigo: _____
Nombre (en letra molde): _____ Fecha: _____	Nombre (en letra molde): _____ Fecha: _____

Lista actual de Medicamentos

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Razón para medicamentos

EXÁMENES DE DETECCIÓN DE CÁNCER

Es responsabilidad del paciente programar sus exámenes de detección de cáncer y asistir a ellos. Consulte con su nefrólogo o con su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP) para obtener una remisión y las órdenes para la colonoscopia y la mamografía. Programe estas evaluaciones tan pronto como sea posible, ya que las mismas requieren tiempo para programarse y completarse y podrían, por lo tanto, retrasar su inclusión en la lista de trasplantes.

*Consulte siempre con sus proveedores para verificar que estén en la red de su seguro. Puede que usted sea elegible para copagos de acuerdo con los beneficios de su seguro y con los resultados de sus evaluaciones. No está obligado a usar estos proveedores, puede usar cualquiera que escoja. Las siguientes son solo algunas sugerencias para aquellos que no tengan ningún médico especialista. **Le entregamos esta lista en caso de que no sepa a quién elegir o por dónde comenzar.** No dude en solicitarle a su médico remitente los nombres de otros proveedores en caso de ser necesario.*

Mamografías (obligatorias cada año para todas las mujeres de 40 años o más)

*****Solicite que envíen la remisión de su proveedor de atención primaria por fax al: 469.708.4600 y luego llame para programar su cita.***

Solis Mammography

1250 8th Avenue, Suite 130

Fort Worth, TX 76104

817-886-0880

<http://www.solismammo.com/> (para buscar otro centro de atención)

Prueba de Papanicolaou (obligatoria cada 3 años para todas las mujeres a partir de los 21 años de edad, a menos que haya tenido una histerectomía)

Remítase a su PCP o a su compañía de seguros para obtener el contacto de los proveedores disponibles para usted.

Consulta gastroenterológica (Gastroenterology, GI) para una colonoscopia (obligatoria para todos los pacientes de 50 años o más)

***** Solicite que envíen la remisión de su proveedor de atención primaria por fax al: 817.885.7811 y luego llame para programar su cita.***

Si ya le fueron practicadas las evaluaciones mencionadas, indíquelo a su coordinador; podemos solicitar los resultados. Si los resultados son anormales o no están listos dentro del lapso de tiempo requerido, su coordinador le hará saber si se necesitan actualizaciones de los mismos. Contacte a su coordinador si tiene cualquier pregunta. Si programa una cita con los proveedores mencionados anteriormente, incluya a Medical City Transplant Institute of Fort Worth en el formulario de divulgación de su historial médico en su oficina con el número directo de fax 469-713-8844.