

**FORMULARIO DE REFERENCIA DE DONANTE VIVO**

NOMBRE LEGAL \_\_\_\_\_ # DE SS \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ GÉNERO \_\_\_\_\_ RAZA \_\_\_\_\_ RELIGION \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

ESTATURA \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ ZONA POSTAL \_\_\_\_\_

PESO \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA CASA \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR \_\_\_\_\_

¿PODEMOS DEJAR MENSAJES EN EL CONTESTADOR AUTOMÁTICO DE SU CASA? \_\_\_\_\_ ¿EN SU TELÉFONO CELULAR? \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

¿PODEMOS COMUNICARNOS CON USTED A TRAVÉS DEL CORREO ELECTRÓNICO? \_\_\_\_\_

¿CUÁL ES LA MEJOR FORMA DE COMUNICARSE CON USTED? (Al teléfono de la casa/al teléfono celular/a través del correo electrónico) \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ Soltero(a) \_\_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_\_\_ Viudo(a) \_\_\_\_\_ Separado(a) \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

HIJOS (edades) \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

¿ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO? \_\_\_\_\_ ¿CUÁLES? \_\_\_\_\_

HISTORIAL MÉDICO/QUIRÚRGICO \_\_\_\_\_

ALERGIAS \_\_\_\_\_ GRUPO SANGUÍNEO (si lo sabe) \_\_\_\_\_

Aparte del receptor, ¿padece algún miembro de su familia de diabetes o de alguna enfermedad renal? \_\_\_\_\_

¿HA TENIDO ALGUNA VEZ ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? **De ser así, enciérrelo en un círculo**

Infección de los riñones	Cálculos renales	Sangre en la orina	Enfermedad del hígado/Hepatitis
Trastorno sanguíneo/Anemia	Cáncer	Enfermedad pulmonar	Problemas cardíacos
Presión arterial alta	Derrame cerebral	Abuso de drogas/alcohol	Problemas psiquiátricos
Diabetes/Nivel elevado de azúcar en la sangre			

Nombre del receptor: \_\_\_\_\_

Por favor, describa la naturaleza de su relación con esta persona (por ejemplo, ¿cómo lo(a) conoce y por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_