

**SAINT BARNABAS MEDICAL CENTER  
FORMULARIO DE REFERENCIA DE DONANTE VIVO**

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

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

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

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

ESTATURA _____
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) \_\_\_\_\_

¿HA TENIDO ALGUNA VEZ ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? **De ser así, enciérralo 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 |                  |                         |                                 |

**Marque la casilla si su respuesta es SÍ:**

Yo no tengo ningún receptor y quisiera aprender más acerca de la donación no dirigida a alguien que necesite un trasplante de riñón

Yo tengo un receptor a quien le quiero donar: Nombre del receptor: \_\_\_\_\_

Su relación con el receptor (por ejemplo, cómo se conocieron y cuánto tiempo hace que se conocen) \_\_\_\_\_

Si el receptor es un miembro de su familia, ¿algún miembro de su familia, aparte del receptor, tiene diabetes o alguna enfermedad renal? \_\_\_\_\_

Si mi receptor recibe un trasplante de riñón de otro donante vivo, me interesaría aprender más acerca de la donación de riñón en vida no dirigida.

Envíe el formulario por correo a SBMC Living Donor Institute, 94 Old Short Hills Road, EW Suite 302, Livingston NJ 07039 o por FAX al 973-322-2273