

Unidad de Diálisis: _____

Designado: _____

Fecha de Referido: _____

III. Médicos que Refieren:

Médicos:

Nombre de Médico Primario: _____ Teléfono#: (____) _____

Nombre del Nefrólogo: _____ Teléfono#: (____) _____

IV. Historial médico(responda lo siguiente poniendo una marca de verificación en la casilla correspondiente)

	Sí	No		Sí	No
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes: ¿El paciente usa insulina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca Última Consulta de Cardiología: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos convulsivos: ¿El paciente está tomando medicamentos? Nombre del medicamento: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A ¿fue tratado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente cerebrovascular: enfermedad vascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B ¿fue tratado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera de estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis C ¿fue tratado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A ¿fue tratado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B ¿fue tratado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma/Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis C ¿fue tratado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A ¿fue tratado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encamado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amputaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Úlceras o heridas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Antibióticos en la actualidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

¿Antecedentes de cáncer? Sí No

En caso afirmal, ¿de qué tipo? _____

¿Fecha de diagnóstico? _____

¿Tipo de tratamiento? _____

Nombre del Oncólogo: _____ Teléfono:(____) _____

Última hospitalización: _____ Intervenciones quirúrgicas: _____

¿Transfusiones de sangre? Sí No

¿Es el paciente un fumador actual? Sí No Si no, ¿el paciente alguna vez fumó? Sí No

En caso afirmación, ¿cuántos paquetes por día? _____ ¿Por cuántos años? _____

¿El paciente usa alcohol? Sí No Si sí, ¿con qué frecuencia? _____

Unidad de Diálisis: _____

Designado: _____

Fecha de Referido: _____

¿Alguna vez el paciente ha usado drogas recreativas? Sí No

¿El paciente los está usando actualmente? Sí No

Nombre(s) de las drogas recreativas utilizadas: _____

¿El paciente toma medicamentos para la ansiedad o la depresión? Sí No

Nombre de la(s) Medicación(es): _____

¿El paciente está actualmente bajo el cuidado de un psiquiatra o psicólogo? Sí No

Nombre de su Psiquiatra o Terapeuta y # de Tel: _____

Nombre del Trabajador Social: _____

V. Antecedentes de enfermedad renal:

¿Cuál es la causa de la insuficiencia renal?

DM HTN PCKD Glomerulonefritis Desconocido Otro: _____

¿Ha comenzado la diálisis? Sí No

En caso afirmación, ¿cuándo empezaste? Fecha: _____

¿Tipo de diálisis? Hemodiálisis en un Centro Hemodiálisis en el hogar Peritoneal

Días de tratamiento: _____ Time: _____

¿Alguna vez le han hecho una biopsia de riñón? Sí No

¿Ha tenido un trasplante de riñón? Sí No Si sí, ¿cuántos? _____

¿Problema de acceso vascular? Sí No

VI. Lista de verificación:

DEBE ENVIAR TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS QUE SE ENUMERAN A CONTINUACIÓN:

- Historia reciente dictada (mecanografiada) y física del nefrólogo remitente
- Notas de progreso del nefrólogo
- Notas de progreso de diálisis (requeridas solo para pacientes en diálisis)
- Evaluación del trabajador social de diálisis (requerida solo para pacientes en diálisis)
- Resultados de laboratorio recientes de la clínica nefróloga o del centro de diálisis
- Copia del formulario CMS 2728 (requerido solo para pacientes en diálisis)
- Copia legible de su licencia de conducir o identificación válida
- Copia legible de las tarjetas de seguro (frente y reverso)
- Informes de patología y registros médicos (requerido para todos los pacientes con antecedentes de cáncer reportados)