



A University Health System & UT Health Science Center Partnership | San Antonio

**PLEASE COMPLETE THIS FORM AND MAIL TO:**  
**FAVOR DE COMPLETAR Y ENVIAR ESTA FORMULARIO POR CORREO A:**

UNIVERSITY TRANSPLANT CENTER  
Carmen Castillo Nolan, RN CCTC  
MS 18 RC 1792 – 11<sup>TH</sup> FLOOR  
4502 MEDICAL DRIVE  
SAN ANTONIO, TEXAS 78229-9976

**FORM MAY ALSO BE FAXED DIRECTLY TO 210-567-0061**  
**SI LO DESEA, PUEDE ENVIARLO DIRECTAMENTE POR FAX AL 210-567-0061**

<b>POTENTIAL DONOR SCREENING FORM</b>	<b>KIDNEY/RINON</b> _____
<b>FORMA PARA EL DONANTE POTENCIAL</b>	<b>LIVER/HIGADO</b> _____

**Name/Nombre:** \_\_\_\_\_

**Date of Birth/Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Age/Edad:** \_\_\_\_\_

**Social Security Num/Núm. de seguro social:** \_\_\_\_\_

**Marital Status/Estado civil:**  **Single/Soltero**  **Married/Casado**  **Separated/Separado**  
 **Divorced/Divorciado**

**Spouse's Name/Nombre de Esposo(a):** \_\_\_\_\_

**Home Phone/Teléfono (casa):** \_\_\_\_\_ **Cell/Celular:** \_\_\_\_\_ **Work/Trabajo:** \_\_\_\_\_

**Address/Domicilio:** \_\_\_\_\_

**City & State/Ciudad & Estado:** \_\_\_\_\_ **Zip/Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Height/Estatura:** \_\_\_\_\_ **Weight/Peso:** \_\_\_\_\_ **Race/Raza:** \_\_\_\_\_ **Gender/Genero:** \_\_\_\_\_

**Do you have insurance/Tiene seguro médico:**  **Yes/Si**  **No/No**

**Your doctor's name and phone/Nombre y teléfono de su medico:** \_\_\_\_\_

**Do you get regular medical care/Recibe cuidados médicos regularmente:**  **Yes/Si**  **No/No**

**Name of person receiving your organ/Nombre de la persona que recibirá su órgano:** \_\_\_\_\_

**Relationship to the recipient/La relación al receptor:** \_\_\_\_\_

**PAST MEDICAL HISTORY/HISTORIA MÉDICA DE SU PASADO** ;

**Please check if you have had any of these conditions/Favor de marcar si ha tenido alguna de estas condiciones:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Heart Disease/</b> Enfermedad del Corazón  | <input type="checkbox"/> <b>Asthma/</b> Asma                                |
| <input type="checkbox"/> <b>High Blood Pressure/</b> Alta Presión  | <input type="checkbox"/> <b>Lung Disease/</b> Enfermedad del Pulmón         |
| <input type="checkbox"/> <b>High Cholesterol/</b> Colesterol Alto  | <input type="checkbox"/> <b>Cancer/</b> Cancer                              |
| <input type="checkbox"/> <b>Bleeding Problems/</b> Problema de Sangrado  | <input type="checkbox"/> <b>Kidney Disease/</b> Enfermedad de los Riñones   |
| <input type="checkbox"/> <b>Ulcers/</b> Úlceras  | <input type="checkbox"/> <b>Diabetes/</b> Diabetes                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Esophageal Reflux/</b> Reflujo de Estomacal  | <input type="checkbox"/> <b>Depression/</b> Depresión                       |
| <input type="checkbox"/> <b>Stroke/</b> Accidente Vascular Cerebral  | <input type="checkbox"/> <b>Mental Illness/</b> Enfermedad Mental           |
| <input type="checkbox"/> <b>Blood Clots/</b> Coagulo de Sangre   | <input type="checkbox"/> <b>Arthritis/</b> Artritis                         |
| <input type="checkbox"/> <b>Liver Disease/</b> Enfermedad del Hígado   | <input type="checkbox"/> <b>Vascular Disease/</b> Enfermedad Vascular       |
| <input type="checkbox"/> <b>Hepatitis/</b> Hepatitis   | <input type="checkbox"/> <b>Thyroid Disease/</b> Enfermedad de las Tiroides |
| <input type="checkbox"/> <b>HIV/Aids/VIH/SIDA</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Prostate Problems/</b> Problemas del Próstata   |
| <input type="checkbox"/> <b>Migraine Headaches/</b> Migrañas   | <input type="checkbox"/> <b>Intestinal Problems/</b> Problemas Intestinales |
| <input type="checkbox"/> <b>Seizures/Epilepsy/</b> Alferecía/Epilepsia   | <input type="checkbox"/> <b>Eye Problem/</b> Problema con los ojos          |
| <input type="checkbox"/> <b>Tuberculosis/Positive TB skin test/</b> Tuberculosis/Prueba de TB positiva                                   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Problems urinating, blood in urine, kidney pain/</b> Problemas de orín, sangre en el orín, dolor en el riñon |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Other/</b> algo mas: _____   |   |

**Number of pregnancies/**Numero de embarazos: \_\_\_\_\_ **Miscarriages/**Abortos espontáneos\_\_\_\_\_

**Abortions/**Abortos\_\_\_ **Cesarean Births/**Partos por Cesárea\_\_\_ **Vaginal Birth/**Nacimiento Vaginal\_\_\_

**Do you have any problems with your menstrual periods/**Tiene problemas con su mensuración?

**Yes/**Si      **No/**No     Last menstrual cycle/Ultima mensuración/\_\_\_\_\_

**Last mammogram/**Ultimo mamograma? \_\_\_\_\_ **Results/**Resultados\_\_\_\_\_

**Last Pap Smear/**Ultimo Papanicolaou? \_\_\_\_\_ **Results/**Resultados\_\_\_\_\_

**Did you have diabetes or high blood pressure when you were pregnant/**Tenia diabetes o presión arterial alta cuando estaba embarazada?     **Yes/**Si      **No/**No

**Were there any other complications of pregnancy/**Tuvo otras complicaciones del embarazo?

**Yes/**Si      **No/**No

**What type of birth control do you use/**Que tipo de control de la natalidad usa?

\_\_\_\_\_

**PAST SURGICAL HISTORY/HISTORIA QUIRÚRGICA DE SU PASADO** ;

**List any surgical procedures/operations/**Marque el tipo de cirugía/procedimiento que ha tenido:

Date/Fecha

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**MEDICATION/MEDICACION** :

List all prescribed and over the counter medications you are currently taking, include all supplements, herbal, teas/Lista de los medicamentos que esta tomando incluyendo los medicamentos de venta sin receta, incluya todos los suplementarios, Yervas, té:s

Medication/Medicina	Dose/Dosis	How often/Frecuencia	Reason/Razón
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Are you allergic to anything/Es usted alérgico a algo? \_\_\_\_\_

What kind of reaction/Que tipo de reacción? \_\_\_\_\_

**REVIEW OF SYSTEMS/REPASO DE SISTEMAS**

**Please check any problems or symptoms you have had or currently have:**

Favor de marcar los problemas o síntomas que tiene o ha tenido:

**GENERAL:**  Recent illness  Fever  Chills  Night sweats  Weight gain/loss  
 GENERAL:  Enfermedad reciente  Fiebre  Escalofríos  Sudores fríos de noche  Ganar/perder peso

**SKIN:**  Bruising  Rashes  Itching  Skin cancer  Other diseases of the skin  
 PIEL:  Magulladuras  Ronchas  Comezón  Cáncer de la piel  Otra enfermedad de la piel

**CARDIOVASCULAR:**  Shortness of breath  Palpitations  Chest pain  Swelling in arms or legs  Murmur  
 Angina  
 CARDIOVASCULAR:  Falta de respiración  Palpitaciones  Dolor de pecho  Hinchazón en los brazos o pies  
 Soplo cardiaco  Angina de pecho

**RESPIRATORY:**  Chronic cough  Wheezing  Pain with breathing  Productive cough  Phlegm  
 RESPIRATORIO:  Tos crónica  Dificultad al respirar  Dolor al respirar  Tos productiva  Flema

**GASTROINTESTINAL:**  Nausea  Vomiting  Diarrhea  Constipation  Heartburn  Ulcers  Blood in stool  
 Jaundice  
 GASTROINTESTINAL:  Nausea  Vómitos  Diarrea  Estreñimiento  Pirosis  Acidez  Ulceras  Sangre en la excreta  Ictericia (piel amarilla)

**GENITOURINARY:**  Blood in urine  Difficulty controlling bowel or bladder  Urinary frequency/urgency  
 GENITOURINARIO:  Sangre en la orina  Dificultad controlando el orín o la vejiga  Urgencia/frecuencia para orinar

**NEUROLOGICAL:**  Headaches  Seizures  Tremors  Paralysis  Loss of consciousness  Dizziness  
 NEUROLOGICO:  Dolores de cabeza  Alferecía  Estremecimiento  Parálisis  Perdida de conciencia  Mareos

**MUSCULOSKELETAL:**  Joint pain  Tingling or burning  Backache  Neckache  Fatigue  
 MUSCULOESQUELETAL:  Dolor de coyuntura  Hormigueo o adormecimiento  Dolor de espalda  Dolor de cuello  
 Cansancio

**PSYCHOLOGICAL:**  Anxiety  Suicidal thoughts  Mood swings  Constant crying  Loss of sleep  
 PSICOLOGICO:  Ansiedad/Inquietud  Tendencia suicidas  Cambio de humor  Llorar constantemente  Perdida de sueno

**ENT:**  Problems with hearing, speech, or throat  
 ONG:  Problemas en oír, hablar, o garganta

**DENTAL:**  Use of dentures or partials  Swollen gums      Last time at dentist? \_\_\_\_\_  
 DENTAL:  Uso de dentadura postiza o dentadura parcial  Encía inflamada      Ultima vez al dentista? \_\_\_\_\_

**FAMILY HISTORY/HISTORIA FAMILIAR**

**Give the following information about your immediate family/Proporcione la siguiente información sobre su familia inmediata:**

**Alive or Deceased; Age (or age at death); Health status (or cause of death)**

Si vive o ya falleció; Edad (o edad al morir); Estado de salud (o causa de la muerte)

**Mother/Madre:**  **Alive/Viva**  **Deceased/Muerta** **Age/Edad:** \_\_\_\_\_ **Health/Salud:** \_\_\_\_\_

**Father/Padre:**  **Alive/Vivo**  **Deceased/Muerto** **Age/Edad:** \_\_\_\_\_ **Health/Salud:** \_\_\_\_\_

**CIRCLE ONE/CIRCULE UNO:**

**Brother/Sister/Hermano/Hermana**  **Alive/Vivo**  **Deceased/Muerto** **Age/Edad:** \_\_\_\_\_ **Health/Salud:** \_\_\_\_\_

**Brother/Sister/Hermano/Hermana**  **Alive/Vivo**  **Deceased/Muerto** **Age/Edad:** \_\_\_\_\_ **Health/Salud:** \_\_\_\_\_

**Brother/Sister/Hermano/Hermana**  **Alive/Vivo**  **Deceased/Muerto** **Age/Edad:** \_\_\_\_\_ **Health/Salud:** \_\_\_\_\_

**Brother/Sister/Hermano/Hermana**  **Alive/Vivo**  **Deceased/Muerto** **Age/Edad:** \_\_\_\_\_ **Health/Salud:** \_\_\_\_\_

**Brother/Sister/Hermano/Hermana**  **Alive/Vivo**  **Deceased/Muerto** **Age/Edad:** \_\_\_\_\_ **Health/Salud:** \_\_\_\_\_

**Brother/Sister/Hermano/Hermana**  **Alive/Vivo**  **Deceased/Muerto** **Age/Edad:** \_\_\_\_\_ **Health/Salud:** \_\_\_\_\_

**Son/Daughter/Hijo/hija:**  **Alive/Vivo**  **Deceased/Muerto** **Age/Edad:** \_\_\_\_\_ **Health/Salud:** \_\_\_\_\_

**Son/Daughter/Hijo/hija:**  **Alive/Vivo**  **Deceased/Muerto** **Age/Edad:** \_\_\_\_\_ **Health/Salud:** \_\_\_\_\_

**Son/Daughter/Hijo/hija:**  **Alive/Vivo**  **Deceased/Muerto** **Age/Edad:** \_\_\_\_\_ **Health/Salud:** \_\_\_\_\_

**Son/Daughter/Hijo/hija:**  **Alive/Vivo**  **Deceased/Muerto** **Age/Edad:** \_\_\_\_\_ **Health/Salud:** \_\_\_\_\_

**Son/Daughter/Hijo/hija:**  **Alive/Vivo**  **Deceased/Muerto** **Age/Edad:** \_\_\_\_\_ **Health/Salud:** \_\_\_\_\_

**Son/Daughter/Hijo/hija:**  **Alive/Vivo**  **Deceased/Muerto** **Age/Edad:** \_\_\_\_\_ **Health/Salud:** \_\_\_\_\_

**SOCIAL HISTORY/HISTORIA SOCIAL**

**Do you have a history of being arrested, on probation, or in legal trouble/Tiene antecedentes de haber sido arrestado, estar en libertad condicional, o en problemas legales?** \_\_\_\_\_

**Do you smoke/Fuma?**  **Yes/Si**  **No/No** **Packs per day/month/cajetilla por día/mes** \_\_\_\_\_

**How many years/Cuantos años?** \_\_\_\_\_

**Are you willing to quit smoking to donate/Esta dispuesto dejar de fumar para donar?**

**Yes/Si**  **No/No**

**Do you drink alcohol/Toma alcohol?**  **Yes/Si**  **No/No** **What type/Que tipo?** \_\_\_\_\_

**How often/Cada cuando?** \_\_\_\_\_ **How many years/Cuantos años?** \_\_\_\_\_

**Are you willing to quit drinking to donate/Esta dispuesto dejar de tomar para donar?** \_\_\_\_\_

**Drug history/Historia de drogas:**  **Yes/Si**  **No/No**

**How long have you been drug free/Cuanto tiempo hace que no usa drogas?** \_\_\_\_\_

**Have you been in a program for drug or alcohol abuse/Ha estado en un programa de abuso para drogas y alcohol?**  **Yes/Si**  **No/No**

**PERSONAL HISTORY/HISTORIA PERSONAL**

**Are you a US citizen/Es ciudadano de los EU de América?**     **Yes/Si**     **No/No**

**If no, what is your status/Si no es, cual es su condición migratoria?** \_\_\_\_\_

**Occupation/Tipo de Trabajo:** \_\_\_\_\_

**Level of Education/Nivel de Educación:** \_\_\_\_\_

**Are you a Federal or State employee/Es usted empleado Federal o Estatal?**     **Yes/Si**     **No/No**

**Are you active Military or Reservist/Esta en el ejercito Militar o Reservista?**     **Yes/Si**     **No/No**

**Are you willing to lose weight if needed/Esta dispuesto a bajar de peso si es necesario?**

**Yes/Si**     **No/No**

**Are you willing to have all testing needed/Esta dispuesto a hacerse todos los exámenes necesarios?**

**Yes/Si**     **No/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/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 después de la donación?**     **Yes/Si**     **No/No**

**Do you have someone who can help you if needed (family or friend) while you recover from surgery/Hay alguna persona que pueda ayudarle si es necesario (familiar o amigo) mientras se recupera de la cirugía?**     **Yes/Si**     **No/No**

**Donor testing, surgery and clinic visits are covered by recipient's insurance. Do you understand that travel, time off from work and lodging for family is NOT covered by recipient's insurance/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?**     **Yes/Si**     **No/No**

**Do you give permission for members of the transplant team to discuss the results of compatibility testing with your family members, the recipient, and the recipient's referring physician/Concede usted su autorización para que los integrantes del equipo de trasplantes discutan los resultados de los exámenes de compatibilidad con sus familiares, el receptor del riñón y con el médico que refirió al receptor del riñón?**     **Yes/Si**     **No/No**

**Why do you want to donate/Por qué quiere donar?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**What questions do you have regarding donation/Qué preguntas tiene usted sobre la donación?**

\_\_\_\_\_

**If you are donating to a child and you are not selected now, are you willing to be considered for another child in the future?/Si usd. esta donando a un niño y no es seccionado hoy, esta dispuesto a donar a otro niño en el futuro?**     **Yes/Si**     **No/No**

\_\_\_\_\_  
**Signature/Firma**

\_\_\_\_\_  
**Date/Fecha**