

**Por favor regresar este
Cuestionario vía fax
212-342-0843**

**Si el cuestionario se regresa por correo
demorara el proceso**

622 W. 168TH STREET, PH-12W-1284
NEW YORK, N.Y 10032
TEL. 212-305-6469 FAX. 212-305-9642

CUESTIONARIO MÉDICO PARA POSIBLE DONANTE DE RIÑÓN

Fecha: _____

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____

M / F _____ TELÉFONO DE CASA (_____) _____

TELÉFONO DEL TRABAJO O CELULAR (_____) _____

DIRECCIÓN DE DOMICILIO _____
CIUDAD ESTADO/PAÍS ZONA POSTAL

NOMBRE DE LA MADRE: _____ NOMBRE DEL PADRE _____

NOMBRE DEL POSIBLE RECEPTOR _____

RELACIÓN CON EL RECEPTOR _____

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

a) Consume o ha consumido bebidas alcohólicas diaria o regularmente: _____

¿Qué cantidad? _____

b) Toma medicinas diaria o regularmente: _____ Si responde que sí,

Por favor especifique _____

c) ¿Usa drogas ilícitas? _____ Si responde que sí, explique _____

d) ¿Fuma productos de tabaco? _____ Si responde que sí, cuánto _____

e) ¿Ha sido hospitalizado? _____ Si responde que sí, indique cuándo y por qué

¿Aceptaría una transfusión de sangre si fuese necesario? _____

f) Peso actual _____ Altura _____

g) ¿Ha tenido Ud.?

Hipertensión _____

Problemas cardíacos _____

Piedras o infecciones en los riñones _____

Dolor de pecho _____

Falta de aire _____

Palpitaciones _____

Hepatitis / problemas del hígado / ictericia _____

Cáncer _____

Diabetes _____

Problemas sanguíneos _____

Problemas psiquiátricos _____

Sí No

Si responde que sí a algunas de estas preguntas, por favor describa: _____