

Cuestionario para donantes vivos

Living Donor Questionnaire

Por favor, responda todas las preguntas de manera honesta, precisa y completa, ya que la información proporcionada será utilizada por nuestro Equipo de Donantes Vivos para detectar cualquier condición médica que pueda afectar su capacidad para ser un donante vivo.

Este cuestionario es confidencial. Solo los profesionales de la salud del Equipo de Donantes Vivos utilizarán esta información. Esta información no se compartirá con el candidato al trasplante ni con otras personas.

1. ¿Desea ser evaluado para una donación de riñón o hígado?
2. Nombre: _____
3. Fecha de nacimiento: _____
4. Género:
 - Masculino
 - Femenino
 - Otro
5. Altura (pulgadas): _____
6. Peso (libras): _____
7. Número de teléfono principal: _____
8. Tipo de teléfono:
 - Teléfono celular
 - Teléfono de casa
 - Teléfono del trabajo compartido
 - Teléfono del trabajo privado
9. ¿Cuál es el mejor día de la semana y hora para contactarle?:

10. Dirección de correo electrónico: _____
11. Dirección de domicilio:

12. Contacto preferido:
 - Teléfono
 - Correo electrónico

13. Su país de residencia:

- EE.UU.
- Otro
- Si es otro, por favor liste el país de residencia:

14. ¿Es usted ciudadano estadounidense?

- Sí
- No

15. Tipo de donante:

- Destinatario nombrado
- Altruista (sin destinatario nombrado)

16. Información del destinatario:

- Nombre: _____
- Apellido: _____
- Fecha de nacimiento: _____

17. ¿Cuál describiría mejor su relación con el candidato al trasplante?:

- Familiar directo
 - Padre/Madre
 - Hijo/Hija
 - Cónyuge
 - Abuelo/Abuela
 - Hermano/a de padre y madre
 - Medio hermano/Media hermana
 - Padrastro/Madrastra
 - Hijastro/Hijastra
 - Hermanastro/Hermanastra
 - Nieto/Nieta
- Pariente de segundo grado o pariente lejano
- Emocionalmente relacionado con el candidato al trasplante
- Emocionalmente relacionado con el candidato al trasplante

18. ¿Cómo se enteró de la oportunidad de donación de órganos en vida?

- Del candidato al trasplante
- De alguien que conozco en nombre del candidato al trasplante (un familiar o amigo)
- De las redes sociales
- Por mi propia investigación
- De otro donante, receptor o paciente
- Otro

19. Por favor seleccione su raza:

- Indígena americano o nativo de Alaska
- Árabe
- Negro o afroamericano
- Blanco/caucásico
- Asiático
- Del Medio Oriente o norteafricano
- Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico
- Otro

20. ¿Es de origen hispano?

- Sí
- No

21. ¿Cuál es su idioma preferido?

- Inglés
- Español
- Vietnamita
- Mandarín
- Árabe
- Criollo
- Portugués
- Otro
- Si es otro:

22. ¿Necesita un traductor?

- Sí
- No

23. ¿Le han diagnosticado algún cáncer que no sea de piel no melanoma?

- Sí
- No

24. ¿Toma algún medicamento para controlar su presión arterial?

- Sí
 - ¿Cuántos?
 - Nombre y dosis:
- No

25. ¿Toma pastillas o insulina para la diabetes?

- Sí
- No

26. ¿Ha tenido más de un cálculo renal en su vida?

- Sí
- No

27. ¿Consumes drogas recreativas o ilícitas, excluyendo la marihuana?

- Sí
- No

28. Para completar el cuestionario, necesitará proporcionar los nombres de todos los medicamentos, vitaminas y suplementos herbales que actualmente toma. Incluya aquellos medicamentos que toma regularmente y los que toma ocasionalmente («cuando es necesario»).

Medicamento	Dosificación

29. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas? ***si responde afirmativamente a alguna de estas, por favor liste la condición**

- Problemas pulmonares o respiratorios [ej. asma. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD, por sus siglas en inglés), tuberculosis]
 - Sí
 - Por favor liste:
 - No
- Trastornos sanguíneos (moretones anormales, sangrados o coagulación) (ej. anemia, transfusiones de sangre, coágulos en la pierna)
 - Sí
 - Por favor liste:
 - No
- Cáncer, quimioterapia y/o radioterapia
 - Sí
 - Por favor liste:
 - No

- Diabetes, trastornos de tiroides, suprarrenales u otros trastornos endocrinos (ej. hiperparatiroidismo)
 - Sí
 - Por favor liste:
 - No
- Enfermedades del tracto digestivo y/o hígado (cirrosis hepática, acidez o reflujo, hepatitis C, úlceras estomacales)
 - Sí
 - Por favor liste:
 - No
- Sistema cardíaco y circulatorio (enfermedad de las arterias coronarias, fibrilación auricular, enfermedad cardíaca congénita, arritmias, marcapasos, enfermedad vascular periférica)
 - Sí
 - Por favor liste:
 - No
- Enfermedades mediadas por el sistema inmune (artritis reumatoide, psoriasis, lupus, otros trastornos autoinmunes)
 - Sí
 - Por favor liste:
 - No
- Riñones y/o vejiga (cálculos renales, enfermedad o insuficiencia renal, poliquistosis, infección del tracto urinario, dificultad para orinar, incontinencia urinaria)
 - Sí
 - Por favor liste:
 - No
- Bienestar mental [ej. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés), depresión, trastornos alimenticios, insomnio, ataques de pánico, trastorno de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés)]
 - Sí
 - Por favor liste:
 - No

- Músculos, huesos y/o articulaciones (ej. gota, dolor articular/artritis, dolor de espalda)
 - Sí
 - Por favor liste:
 - No
- Problemas neurológicos [aneurisma cerebral, esclerosis múltiple, Parkinson, convulsiones, accidente cerebrovascular o ataque isquémico transitorio (TIA, por sus siglas en inglés). Lesión de la médula espinal]
 - Sí
 - Por favor liste:
 - No
- Salud masculina [próstata agrandada o hiperplasia prostática benigna (BPH, por sus siglas en inglés), hipospadias, estrechez uretral]
 - Sí
 - Por favor liste:
 - No
- Salud femenina (endometriosis, fibromas, períodos irregulares o abundantes, quistes ováricos, síndrome de ovario poliquístico)
 - Sí
 - Por favor liste:
 - No
- HIV
 - Sí
 - Por favor liste:
 - No

30. ¿Tiene alergias a algún medicamento?

- Sí
 - Por favor liste:
- No

31. ¿Es alérgico a alguno de los siguientes?

- Betadina
- Clorhexidina
- Contraste (tinte para rayos X)
- Yodo
- Látex
- Conejos

- Mariscos
- Cinta adhesiva
- No, no soy alérgico a ninguno de los elementos en la lista

32. Si es alérgico, ¿cuál es la reacción?

- Anafilaxis
- Ansiedad
- Dificultad para respirar/tragar
- Náuseas/vómitos
- Erupción o urticaria
- Hinchazón de ojos, cara, labios, garganta o lengua
- Otro

33. ¿Fuma cigarrillos o ha fumado en el pasado?

- Sí
- No

34. ¿Con qué frecuencia consume cerveza, vino o licor?

35. ¿Tiene antecedentes de abuso de alcohol?

- Sí
- No

36. ¿Consume actualmente marihuana, cocaína, heroína, metanfetaminas u otras drogas? ¿O las ha consumido en el pasado?

- Sí
- No

37. ¿Cuántos tramos de escaleras puede subir sin detenerse? _____

38. ¿Cuántos tramos de escaleras puede subir sin detenerse? _____

39. ¿Realiza algún tipo de ejercicio?

- Sí

• ¿Qué tipo de ejercicio realiza? ¿Con qué frecuencia?

- No

40. ¿Está confinado a una silla de ruedas?

- Sí
- No

41. ¿Tiene incapacidad para realizar actividades físicas debido a dolor severo de espalda, articulaciones y/o cuello?

- Sí
- No

42. ¿Ha sido sometido a alguna cirugía anteriormente?

- Sí - por favor, liste todas las cirugías previas:

- No

43. Historial médico familiar: Si la respuesta es afirmativa a alguna de las preguntas, por favor liste qué miembro de su familia

¿Alguno de sus familiares tiene enfermedad renal?

- Sí
- No

¿Alguno de sus familiares tiene enfermedad renal poliquística (PCKD, por sus siglas en inglés)?

- Sí
- no

¿Alguno de sus familiares tiene cálculos renales?

- Sí
- No

¿Alguno de sus familiares tiene diabetes?

- Sí
- No

¿Alguno de sus familiares tiene anemia drepanocítica?

- Sí
- No

Si la respuesta es afirmativa a cualquiera de lo anterior:

- ¿Qué miembro de su familia?

¿Alguno de sus familiares tiene cáncer?

- Sí
- No

¿Alguno de sus familiares tiene presión arterial alta?

- Sí
- No

¿Alguno de sus familiares tiene enfermedad cardíaca?

- Sí
- No

¿Alguno de sus familiares tiene lupus?

- Sí
- No

- ¿Alguno de sus familiares tiene coágulos de sangre?
 - Sí
 - No
- ¿Alguno de sus familiares tiene enfermedad mental?
 - Sí
 - No
- ¿Alguno de sus familiares ha muerto súbitamente antes de los 50 años?
 - Sí
 - No

44. ¿Cuál es su tipo de sangre?

- A
- B
- AB
- O
- Desconocido

45. Si es necesario, ¿estaría dispuesto a aceptar una transfusión de sangre?

- Sí
- No

46. En los últimos 30 días, ¿se ha encontrado en alguna de las siguientes situaciones?

Por favor marque todo lo que aplique:

- Sexo (es decir, cualquier forma de contacto sexual, incluyendo vaginal, anal y oral) con una persona que se sabe o se sospecha que tiene infección por virus de la inmunodeficiencia humana (HIV, por sus siglas en inglés), virus de la hepatitis B (HBV, por sus siglas en inglés) o virus de la hepatitis C (HCV, por sus siglas en inglés)
- Hombre que ha tenido sexo con otro hombre
- Sexo a cambio de dinero o drogas
- Sexo con una persona que ha tenido sexo a cambio de dinero o drogas
- Inyección de drogas por razones no médicas
- Sexo con una persona que se inyecta drogas por razones no médicas
- Encarcelamiento (confinamiento en cárcel, prisión o instalación correccional para menores) por más de 72 horas
- Ninguna de estas situaciones me aplica

47. Por favor liste el nombre de su médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés): _____

48. Número, ciudad y estado del PCP:

49. Por favor seleccione la opción que mejor describe su nivel máximo de educación

- No he asistido a la escuela secundaria
- No he asistido a la escuela secundaria
- Soy graduado de escuela secundaria
- Asistí a la universidad pero no obtuve un título
- Tengo un título de asociado
- Tengo una licenciatura
- Tengo una maestría u otro título profesional

50. ¿Está trabajando actualmente por ingreso?

- Sí
- No

51. ¿Cuál de las siguientes describe su estado actual de empleo?

- Empleado a tiempo completo
- Empleado a tiempo parcial
- Autónomo

52. ¿Cuál es su ocupación?

53. ¿Quién es su empleador?

54. Arreglos de vivienda:

- Por favor describa su hogar:
 - Alquilo mi casa/apartamento
 - Alquilo mi casa/apartamento
 - Vivo en alojamiento temporal (dormitorio universitario, casa de un amigo, hotel residencial, etc.)
 - Actualmente estoy sin hogar
 - Actualmente estoy desplegado en el militar
 - Vivo en una instalación de vida asistida
 - Otro

55. ¿Con quién vive?

- Vivo solo
- Vivo con mi cónyuge o pareja significativa
- Vivo con mis padres

- Vivo con otros familiares
- Vivo con compañeros de cuarto
- Otro

56. ¿Está actualmente bajo un plan de seguro médico?

- Sí
- No

57. ¿Cuál es su estado civil?

- Soltero
- Casado
- En pareja de hecho
- Divorciado
- Viudo

58. ¿Tiene hijos a su cargo actualmente?

- Sí
 - ¿Cuántos? ____
 - Edad? _____
- No

59. ¿Por qué está interesado en donar?

- _____

60. ¿Cuál frase describe mejor cómo se siente respecto a la donación?

- Todavía estoy recopilando información: Todavía tengo muchas preguntas
- Creo que estoy listo para comenzar la evaluación, pero aún no estoy seguro de que la donación sea lo correcto para mí
- Estoy muy motivado para ser un donante para mi destinatario previsto, y me gustaría iniciar el proceso pronto.

61. ¿Podemos divulgar su disposición a donar un riñón al destinatario previsto?

- Sí
- No

62. ¿Ha solicitado previamente ser un donante vivo en nuestro centro u otro centro de trasplante?

- Sí
- No

63. Contacto de emergencia:

- Nombre: _____
- Relación: _____
- Número de teléfono:

- Evaluación del donante
 - El proceso de evaluación del donante consiste en varias fases de análisis de sangre y citas. Generalmente requiere varios viajes al centro de trasplante. Si vive lejos, algunos análisis se pueden realizar localmente.
 - Siempre tiene la opción de terminar su evaluación en cualquier momento. Las pruebas de evaluación del donante son confidenciales y no se compartirán con el candidato al trasplante a menos que usted lo desee.
- Cirugía del donante
 - Hay riesgos asociados con la donación de riñón en vida, los cuales explicaremos en detalle durante su evaluación.
 - Los donantes son hospitalizados por 2-3 días y requieren algo de asistencia en casa durante 1-2 semanas. La recuperación completa puede tomar de 6-8 semanas. El centro de trasplante le hará seguimientos a los 6, 12 y 24 meses después de la donación para verificar su salud.
- Consiento iniciar el proceso de evaluación de donación de riñón en vida y permito que el centro de trasplante revise mi cuestionario de salud y cualquier historial de salud adicional disponible en el registro médico compartido. La revisión de mi historial médico es confidencial y será vista solo por individuos directamente involucrados en determinar si soy elegible para la donación.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Gracias por completar el cuestionario. Un miembro del equipo de donantes vivos se pondrá en contacto con usted.