



Patient: \_\_\_\_\_  
 Print Last Name First Name

DOB: \_\_\_\_\_

Apoyo para el cuidado despues de su trasplante

Gracias por elegir University Medical Center of Southern Nevada para sus necesidades de trasplante. Nos esforzamos en darle mejor atención al paciente. Después de su trasplante, es necesario mantener una relación con nuestro programa de trasplante y nuestro equipo médico aquí en Las Vegas por hasta 12 meses. Los pacientes deben tener la capacidad de mantener su atención de seguimiento con el programa. Requerimos información adicional para servirle mejor. Complete lo siguiente para que podamos evaluar mejor su atención después del trasplante y devolverlo con su Cuestionario de historial de salud y el formulario de Autorización para divulgar información médica protegida.

1. ¿Quién será la Persona que Lo/La cuide después de su trasplante de riñón?

Nombre	Relación	Información de contacto

2. Si usted radica/vive fuera del área metropolitana de Las Vegas, ¿cuál es su plan para establecer una vivienda en Las Vegas después de su trasplante de riñón?

---



---



---



---

3. ¿Quién es su médico de atención primaria, (Doctor de cabecera)?

Nombre	Número de teléfono

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 La Firma

\_\_\_\_\_  
 Fecha

Si el paciente no completó el formulario, nombre de la persona que completó este formulario