

# FORMULARIO DE INTERÉS DE TRASPLANTE DE RIÑÓN

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

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

## POR FAVOR ELIJA UNA DE LAS SIGUIENTES:

- SÍ, estoy interesado en más información sobre un trasplante de riñón.

Me gustaría ser evaluado/a para un trasplante en:

- Iowa Methodist Transplant Center (Des Moines, IA)
  - University of Iowa Hospitals and Clinics (Iowa City, IA)
  - VA Iowa City Health Care System (Iowa City, IA)
  - University of Kansas Health System (Kansas City, KS)
  - Barnes-Jewish Hospital Transplant Center (St. Louis, MO)
  - The Transplant Institute at Research Medical Center (Kansas City, MO)
  - Saint Luke's Hospital Kidney Transplant (Kansas City, MO)
  - SSM Health Transplant Center at St. Louis University Hospital (St. Louis, MO)
  - University of Missouri Health Care Transplant Program (Columbia, MO)
  - Nebraska Medicine Kidney Transplant (Omaha, NE)
- NO, no me interesa un trasplante de riñón en este momento. Si cambio de opinión, le informaré a mi enfermera o a la enfermera encargada

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

*To be completed by physician (Para uso del medico)*

- NO, Patient is not a transplant candidate due to:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Physician Signature*

\_\_\_\_\_  
*Social Worker Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date Referred*