

# Encuesta de Trasplante para Pacientes



Esta encuesta identificara sus conocimientos, preocupaciones, pensamientos, y comprensión sobre la trasplantación de riñón. Por favor responda cada pregunta como mejor usted entienda.

Nombre \_\_\_\_\_

1. Escriba tres palabras que vienen a su mente cuando piensa en obtener un trasplante de riñón.  
\_\_\_\_\_
2. ¿Su médico ha conversado con usted sobre la trasplantación de riñón?  
 Si                       No
3. ¿Usted cree que el trasplante de riñón es seguro?  
 ¿Si                       No, por qué?  
\_\_\_\_\_
4. ¿Que considera usted es la edad límite para ser candidato para recibir un trasplante de riñón?  
\_\_\_\_\_
5. ¿Usted piensa que no es candidato para un trasplante debido a una condición médica?  
 ¿Si, por que condición médica? \_\_\_\_\_  
 No
6. ¿Uste cree que la vida después de un trasplante es más complicada que la vida en diálisis?
7.  ¿Si, por qué? \_\_\_\_\_  
 No
8. ¿Estaría dispuesto a pedir que un familiar y/o amistad le done un riñón (por donación en vida)?  
 Si                       No, por qué? Por favor seleccione de las opciones abajo.
  - Me daría mucha vergüenza.
  - No creo que mis familiares y/o amigos me donarían un riñón.
  - No me gustaría arriesgar su salud.
  - Probablemente no habría alguien compatible para donación en vida.
  - Otra razón \_\_\_\_\_
9. ¿Si está interesado en aprender más sobre trasplante de riñón, como prefiere recibir la información?
  - Material por escrito, folletos
  - Videos o recursos en línea
  - Discusión individual (uno a uno)
    - Con personal del centro
    - Con un paciente trasplantado
  - Discusión en grupo (con otros pacientes, cuidadores)