



Ministerio de Salud Pública

Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células - INDOT

SOLICITUD DE INFORMACIÓN ZONALES INDOT-PACIENTE

VERSIÓN: 01

FECHA: 26-06-2015

CÓDIGO: RG-INDOT-208

PÁGINA: 1 de 2

PUBLICADO EN ANÁLISIS BORRADOR OBSOLETO

TRAZABILIDAD:

UNIDAD DE INGRESO DE INFORMACIÓN:

ZONAL INDOT 1 2 3

PERSONAL INDOT QUE ATENDIÓ REQUERIMIENTO

Fecha: / / Hora: : SOLICITUD N°

Documento anexo: SI NO Oficio Quipux Informe Médico Otros

MEDIO DE CONSULTA:

Presencial Telefónico

MEDIO DE RESPUESTA:

Inmediato Prórroga Derivado a:

OBSERVACIONES:

DATOS DEL PACIENTE BENEFICIARIO / SOLICITANTE DE LA INFORMACIÓN:

- A.** Si el solicitante es el paciente beneficiario llene únicamente la sección A
- B.** Si el solicitante NO es el paciente:
- 1.** PACIENTE MENOR DE EDAD:
Llene los datos del paciente en la sección A y los datos del Representante Legal en la sección B.
- 2.** SOLICITANTE FAMILIAR / PAREJA / AMIGO / OTRO:
Llene los datos del paciente en la sección A y los datos de quien solicita la información en la sección B.

La solicitud de **INFORMACIÓN ESPECÍFICA DE UN PACIENTE** es **PERSONAL**, de no realizar el trámite presencialmente se debe anejar copia de cédula de identidad del paciente, autorización del paciente al solicitante para pedir información y copia de cédula de identidad del solicitante.

A

Apellidos y nombres: Cédula:

Edad: Nacionalidad: Teléfono domicilio: Teléfono móvil:

Correo electrónico: Ciudad de residencia:

TIPO DE COBERTURA ACTUAL: RED PUBLICA INTEGRAL DE SALUD (RPIS) INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS) SEGURO CAMPESINO

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (ISSFA) INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POLICIA NACIONAL (ISSPOL) PRIVADA

Diagnóstico: Hospital:

B

Apellidos y nombres: Cédula:

Edad: Nacionalidad: Teléfono domicilio: Teléfono móvil:

Correo electrónico: Ciudad de residencia:

Relación: FAMILIAR PAREJA AMIGO/A OTRO:

INFORMACIÓN SOLICITADA:

Solicitud de información correspondiente a otra institución:

Acceso a trasplante: Medicación: Lista de Espera Única Nacional

Información postrasplante: (CONFIDENCIAL) Datos estadísticos: Aspecto jurídico:

Comunicación: Promoción: Cobertura postrasplante:

Proceso para trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (CPH):

Otro:



Ministerio
de **Salud Pública**

Instituto Nacional de Donación y Trasplante
de Órganos, Tejidos y Células - **INDOT**

SOLICITUD DE INFORMACIÓN
ZONALES INDOT-PACIENTE

FECHA: 15-06-2015

CÓDIGO: RG-INDOT-208

VERSIÓN: 01

PUBLICADO EN ANÁLISIS BORRADOR OBSOLETO

PÁGINA: 2 de 2

PETICIÓN CONCRETA

Area for the specific request, consisting of a large rectangular box with horizontal dashed lines for text entry.

INFORMACIÓN RECIBIDA:

RETIRO EN LA INSTITUCIÓN:

FORMATO ELECTRÓNICO:

E-MAIL:

PDF:

COPIA PAPEL:

WORD:

NINGUNA:

EXCEL:

OTROS:

OBSERVACIONES:

SOLICITANTE
FIRMA

NOMBRE:
C.I

PERSONAL INDOT
FIRMA Y SELLO

NOMBRE:
C.I