



VERSIÓN 02

CÓDIGO DEL DONANTE: \_\_\_\_\_

FECHA: DÍA / MES / AÑO

UNIDAD MÉDICA DONANTE: \_\_\_\_\_

COORDINADOR/A DE TRASPLANTES: \_\_\_\_\_

### CORAZÓN

Hospital Trasplantador: \_\_\_\_\_

Fecha / Hora de entrega: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

### PULMÓN DERECHO

Hospital Trasplantador: \_\_\_\_\_

Fecha / Hora de entrega: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

### PULMÓN IZQUIERDO

Hospital Trasplantador: \_\_\_\_\_

Fecha / Hora de entrega: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

### HÍGADO

Hospital Trasplantador: \_\_\_\_\_

Fecha / Hora de entrega: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

### RIÑÓN DERECHO

Hospital Trasplantador: \_\_\_\_\_

Fecha / Hora de entrega: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

### RIÑÓN IZQUIERDO

Hospital Trasplantador: \_\_\_\_\_

Fecha / Hora de entrega: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

### PÁNCREAS

Hospital Trasplantador: \_\_\_\_\_

Fecha / Hora de entrega: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

DOCUMENTO VÁLIDO ÚNICAMENTE: CON SELLOS Y FIRMAS AUTORIZADAS

ESTE DOCUMENTO SE DEBE LLENAR CON TINTA AZUL Y LETRA IMPRENTA. NO SE PERMITE RECTIFICACIONES, MANCHONES Y TACHONES