

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O RE ACREDITACIÓN DE PROFESIONALES PARA ABLACIÓN Y/O AUTORIZACIÓN DE IMPLANTE DE TEJIDOS EXCEPTO TEJIDO CORNEAL		FECHA: 08-03-2019	
	Versión: 05		CÓDIGO: RG-INDOT-343	
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/>	EN ANALISIS <input type="checkbox"/>	BORRADOR <input type="checkbox"/>	OBSOLETO <input type="checkbox"/>
				PÁGINA: 1 de 2

FORMULARIO 003. OML

1. DATOS DEL PROFESIONAL	
Nombre y Apellidos:	
Nº de Cédula de Identidad:	
Fecha de nacimiento:	
Nº de Registro SENESCYT:	
Especialidad:	
Nº de registro SENESCYT	
Domicilio: Ciudad:	Cantón:
Calle principal:	Número:
Calle secundaria:	Código Postal:
Teléfonos:	
Correo electrónico:	

FOTO

2. SOLICITUD DE PROCESO	
ACREDITACIÓN PARA ABLACION	
RE ACREDITACIÓN PARA ABLACION	
AUTORIZACIÓN PARA IMPLANTE	
RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN PARA IMPLANTE	

3. SOLICITUD DE TEJIDOS		
TIPO DE TEJIDOS	ABLACIÓN	IMPLANTE
Tejido osteomuscular ligamentoso		
Piel		
Cardio-vascular		
Válvulas cardíacas		

4. LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA			
DOCUMENTOS	SI	NO	NO APLICA
1. Copia simple del permiso de funcionamiento o los permisos de funcionamiento vigente del o los establecimientos de salud donde realizarán el implante del tejido.			
2. Hoja de vida actualizada.			
3. Contrato de trabajo legalizado con la institución o documentos que demuestren la prestación de servicio (para autorización)			
4. Certificado de registro profesional en el ACESS/MSP.			
5. Protocolos o procedimientos que utilizará el profesional, que incluya los siguientes temas dependiendo de la solicitud: — Ablación: a. Limpieza pre ablación.			

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O RE ACREDITACIÓN DE PROFESIONALES PARA ABLACIÓN Y/O AUTORIZACIÓN DE IMPLANTE DE TEJIDOS EXCEPTO TEJIDO CORNEAL	FECHA: 08-03-2019							
	Versión: 05	CÓDIGO: RG-INDOT-343							
	<table border="0"> <tr> <td>PUBLICADO</td> <td>EN ANALISIS</td> <td>BORRADOR</td> <td>OBSOLETO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

b. Cirugía de ablación. c. Restauración del cadáver. — Implante: a. Limpieza pre implante. b. Cirugía de implante. c. Seguimiento post implante al paciente. (Dependiendo del tipo de tejido implantado)				
---	--	--	--	--

4. COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN	SI	NO
Se compromete usted a realizar las cirugías de ablación de tejidos y/o Implante de tejidos excepto corneal y garantizar su dedicación de manera ética y preferencial de acuerdo al requerimiento de la actividad trasplantológica y la normativa legal vigente.		

En..... a.....de..... del.....

Nombre, firma y sello del Profesional solicitante