

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN	FECHA: 03-07-2018
	Versión: 04	CÓDIGO: RG-INDOT-270
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 2

FORMULARIO 001

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN

Lugar y fecha:

Sr(a). Dr (a):

DIRECTOR (A) EJECUTIVO (A)
INSTITUTO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS (INDOT)
 Presente.-

De mi consideración:

En mi calidad de Máxima autoridad del Establecimiento de Salud
, de la ciudad de
me permito solicitar a usted, la

ACREDITACIÓN **REACREDITACIÓN**

De la unidad médica en referencia, para realizar:

Evaluación pretrasplante	
Donación (Procuración y ablación)	
Donación y Trasplante*	
Seguimiento pos trasplante	

(*: La acreditación en donación y trasplante, incluye la procuración, ablación, la evaluación pretrasplante, trasplante y el seguimiento pos trasplante)

En el programa de trasplante:

	Adulto	Pediátrico
Cardíaco		
Hepático con donante cadavérico		
Hepático con donante vivo		
Hepatorenal		

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN		FECHA: 03-07-2018
			CÓDIGO: RG-INDOT-270
	Versión: 04		PÁGINA: 2 de 2
PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Intestinal		
Pancreático		
Pulmonar con donante cadavérico		
Progenitores hematopoyéticos		
Renal con donante cadavérico		
Renal con donante vivo		
Renopancreático		
Córneas		

Para el efecto, adjunto toda la documentación requerida para este proceso.

Me comprometo a dar cumplimiento a todas las regulaciones descritas en la Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células, su Reglamento general y demás normativas emitidas por el INDOT y estoy consciente que al acceder a la acreditación o re acreditación, en caso de ser el único establecimiento acreditado para este Programa de Trasplante asumo la responsabilidad de atender a los pacientes que demanden este servicio, independiente del subsistema al que pertenecen; así como dar seguimiento de los procesos establecidos y a las renovaciones subsiguientes.

Agradezco su atención a la presente.

Atentamente,

Nombre, firma y sello de la Máxima Autoridad del Establecimiento de Salud.