

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O RE ACREDITACIÓN DE PROFESIONALES PROGRAMA DE DONACIÓN Y TRASPLANTE RENAL	FECHA: 20-11-2021							
	Versión: 03	CÓDIGO: RG-INDOT-439							
	<table border="0"> <tr> <td>PUBLICADO</td> <td>EN ANÁLISIS</td> <td>BORRADOR</td> <td></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 ANÁLISIS	BORRADOR		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUBLICADO	EN ANÁLISIS	BORRADOR							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

2. Documentos que avalan formación y/o experiencia en donación y trasplante renal, de acuerdo a perfil detallado en el Instructivo de acreditación correspondiente.

<ul style="list-style-type: none"> • Certificado que avale dos (2) años de experiencia en la práctica asistencial de su especialidad. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Título de Subespecialidad en trasplante. Debidamente registrado en el SENESCYT y en el MSP. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Certificado de entrenamiento con aval de una Universidad u Hospital. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Historial o record quirúrgico y/o clínico 		
3. Contrato legalizado con la institución o documento que avale relación contractual con el establecimiento		

4. REACREDITACIÓN	SI	NO
Historial o record quirúrgico y/o clínico de los dos años de acreditación del programa de donación y trasplante renal, con número de cirugías de ablación y trasplante (para cirujanos de trasplante) o número de pacientes al cuidado y atención (para médicos nefrólogos).		
Contrato legalizado con la institución o documento que avale relación contractual con el establecimiento		

5. COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN	SI	NO
Se compromete usted a formar parte del equipo de donación y trasplante renal y garantizar su dedicación de manera preferencial y de acuerdo al requerimiento del programa.		

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

Nombre, firma y sello del profesional solicitante

Nombre, firma y sello del Director Médico / Gerente del Establecimiento de Salud