

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	<b>SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O RE ACREDITACIÓN DE PROFESIONALES PROGRAMA DE TRASPLANTE DE CELULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS</b>	<b>FECHA:</b> 20-12-2018
	<b>Versión: 01</b>	<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-446
	<b>PUBLICADO</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>EN ANALISIS</b> <input type="checkbox"/> <b>BORRADOR</b> <input type="checkbox"/>	<b>PÁGINA:</b> 1 de 2

**FORMULARIO 003.PH**

**1. DATOS DEL PROFESIONAL**

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

FOTO
FOTO

2. SOLICITUD		
Tipo de trasplante	Adulto	Pediátrico
<b>Autólogo</b>		
<b>Alogénico</b>		

Escoja la función específica en el equipo de trasplante que desarrollará, dentro de las siguientes opciones:	
<b>Líder del equipo de trasplante</b>	
<b>Un médico hematólogo trasplantólogo</b>	
<b>Médicos hematólogo pediatra (programa pediátrico)</b>	
<b>Médico hematólogo en entrenamiento</b>	
<b>Médico hematólogo a cargo del banco de sangre</b>	
<b>Enfermera</b>	

3. LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA			
DOCUMENTOS		SI	NO
<b>1. Hoja de vida actualizada</b>			
<b>2. Documentos que avalan formación y/o experiencia en trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, de acuerdo a perfil detallado en el Instructivo correspondiente (no es un requisito para los profesionales en entrenamiento)</b>			
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
<b>1. Título de Subespecialidad en trasplante. Debidamente registrado en el SENESCYT y en el MSP.</b>			
<b>2. Certificado de entrenamiento con aval de una Universidad u Hospital. El documento debe estar emitido oficialmente con firmas y sellos de responsabilidad por la universidad u hospital en donde realizó el entrenamiento; incluye nombre del profesional entrenador y fecha. Si el certificado procede de una institución extranjera, este debe ser apostillado o legalizado en su país de origen y/o en este país. Todos los documentos que se encuentren en idioma extranjero deben estar traducidos al español.</b>			

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	<b>SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O RE ACREDITACIÓN DE PROFESIONALES PROGRAMA DE TRASPLANTE DE CELULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS</b>	<b>FECHA:</b> 20-12-2018
	<b>Versión: 01</b>	<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-446
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>PÁGINA:</b> 2 de 2

<b>3. Documentos que avalan 3 años de experiencia en la práctica asistencial de su especialidad. La certificación deberá estar rubricada por el jefe de servicio donde el profesional desarrolla sus actividades (opcional para profesional en entrenamiento)</b>		
<b>4. Contrato legalizado con la institución o documento que avale relación contractual con el establecimiento</b>		
<b>3. Certificado de registro del título profesional en el ACCESS/MSP</b>		

<b>4. COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Se compromete usted a formar parte del equipo de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas y garantizar su dedicación de manera preferencial y de acuerdo al requerimiento del programa.</b>		

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

<b>Nombre, firma y sello del profesional solicitante</b>

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