



DATOS DEL PACIENTE RECEPTOR:

FECHA DEL REPORTE:

DÍA / MES / AÑO

TIPO DE COBERTURA:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS)

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (ISSFA)

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POLICIA NACIONAL (ISSPOL)

PRIVADA:

Médico responsable de seguimiento:

Institución trasplantadora:

Apellidos y nombres:

Cédula:

REPORTE REQUERIDO POR EL INDOT:

3 MESES

6 MESES

ANUAL

ESTADO DEL RECEPTOR

ES OBLIGATORIO REPORTAR

VIVO

FALLECIDO

Fecha del fallecimiento: ____/____/____

Causa del fallecimiento: _____

ESTADO DEL INJERTO

Funcionante: SI NO

TRATAMIENTO ACTUAL (MEDICAMENTOS INMUNOSUPRESORES) :

Se mantiene el mismo del inicio: SI NO

COMPLICACIONES RELACIONADAS AL INJERTO:

OBSERVACIONES:

Pérdida del seguimiento:

SI NO

Fecha: ____/____/____

Causa: _____

Cambio de Establecimiento de Salud : SI NO

Fecha: ____/____/____

Causa: _____

Comentario del trasplante : _____

MÉDICO RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO:

NOMBRE:

C.I.