

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|-----------------------------|
| Instituto Nacional de Donación y Transplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT  | SOLICITUD DE IMPORTACIÓN DE TEJIDOS, CÉLULAS Y/O XENOINJERTOS | | | | FECHA: 25-03-2024 |
| | VERSIÓN: 04 | | | | CÓDIGO: RG-INDOT-175 |
| | PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> | EN ANÁLISIS <input type="checkbox"/> | BORRADOR <input type="checkbox"/> | OBSOLETO <input type="checkbox"/> | PÁGINA: 1 de 1 |

Provincia _____ Ciudad _____ Fecha _____
(día/mes/año)

Señor (a) Doctor (a)
Coordinador Zonal: _____ (1 - 2 - 3)
INDOT

Presente,

Yo _____ con número de cédula Nro. _____
(Nombres y Apellidos)

con el cargo de _____ acreditado en _____
(Cargo/Especialidad) (Establecimiento de salud/servicio de apoyo)

Solicito a usted se autorice la importación de: Tejidos _____ Células _____ Xenoinjertos _____
(Marque con X)

| | |
|----|----|
| 1. | 5. |
| 2. | 6. |
| 3. | 7. |
| 4. | 8. |

Provenientes de _____ de _____
(Banco Exportador) (Ciudad – País)

INFORMACIÓN DEL RECEPTOR (SOLO PARA TEJIDO CORNEAL)

Apellidos y nombres _____ Cédula _____
Edad _____ Nacionalidad _____ Provincia _____ Cantón _____
Dirección domicilio _____
Teléfono móvil _____ Correo electrónico _____
Diagnóstico _____ Procedimiento programado _____

INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO (SOLO PARA TEJIDO CORNEAL)

Lugar y fecha _____ Provincia _____ Cantón _____
Establecimiento de salud _____
Nombres y apellidos del médico _____

AUTORIZACIÓN PARA RETIRO DE TEJIDOS, CÉLULAS Y/O XENOINJERTOS DEL SERVICIO DE ADUANA **

El tejido, célula, xenoinjerto y/o lote será retirado por la/el Sra./Sr. _____
con número de CI: _____

Firma del solicitante

Nombres y apellidos:

Cargo / Especialidad:

CI:

* Llenar y entregar el Formulario RG-INDOT-175 por cada tejido corneal solicitado.

* En caso de tejidos y/o xenoinjertos en lote adjuntar listado.

** El personal y los procesos de desaduanización, transporte, almacenamiento y distribución es de responsabilidad exclusiva del solicitante.