**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 Director Médico 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 |  |
| Ablación y Trasplante\* |  |
| Seguimiento postrasplante |  |

(\*: La acreditación en ablación y trasplante, incluye la evaluación pretrasplante y el seguimiento postrasplante)

En el programa de trasplante:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Adulto** | **Pediátrico** |
| Cardíaco  |  |  |
| Hepático con donante cadavérico |  |  |
| Hepático con donante vivo |  |  |
| Hepatorenal |  |  |
| Intestinal  |  |  |
| Pancreático  |  |  |
| Pulmonar con donante cadavérico |  |  |
| 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 deberé dar seguimiento de los procesos establecidos así como a las renovaciones subsiguientes.

Agradezco su atención a la presente.

Atentamente,

Nombre, firma y sello del Gerente General del Establecimiento de Salud

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