**FORMULARIO 003**

|  |
| --- |
| **1. DATOS DEL PROFESIONAL** |

|  |
| --- |
| Nombres y Apellidos: |
| Nº de Cédula de Identidad: |
| Especialidad médica: |
| Subespecialidad médica: |
| Nº de registro en el SENESCYT: |
| Registro de título profesional en el MSP: |
| Dirección: |
| Teléfonos: |
| Correo Electrónico: |
| Ciudad/Provincia: |
| Acreditación: Re acreditación: |

FOTO

FOTO

|  |
| --- |
| **2. ACREDITACIÓN** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de trasplante** | **Evaluación pretrasplante** | **Ablación** | **Trasplante** | **Seguimiento postrasplante** | **Adulto** | **Pediátrico** |
| Cardíaco |  |  |  |  |  |  |
| Hepático con donante cadavérico |  |  |  |  |  |  |
| Hepático con donante vivo |  |  |  |  |  |  |
| Hepatorrenal |  |  |  |  |  |  |
| Intestinal |  |  |  |  |  |  |
| Pancreático |  |  |  |  |  |  |
| Pulmonar con donante cadavérico |  |  |  |  |  |  |
| Renal con donante cadavérico |  |  |  |  |  |  |
| Renal con donante vivo |  |  |  |  |  |  |
| Renopancreático |  |  |  |  |  |  |
| Córneas |  |  |  |  |  |  |

**Detalle la función específica dentro del programa de trasplante:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **3. DOCUMENTACIÓN REQUERIDA** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SI | NO |
| 1. Hoja de vida actualizada |  |  |
| 2. Contrato legalizado con la institución o documentos que demuestren la prestación de servicio donde conste la dedicación al programa. |  |  |
| 3. Certificado de registro del título profesional en el MSP: obtenerlo en (<https://profesionalsalud.msp.gob.ec/app.php/publico/talentohumano/login/>) |  |  |
| 4. Documentos que avalan experiencia (adjuntar documentos de respaldo): |  |  |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Puede entregar uno o más de los siguientes:** | **SI** | **NO** | | 1. **Título de Subespecialidad.** Debidamente registrado en el SENESCYT y en el MSP. |  |  | | 1. **Certificado de entrenamiento con aval de una Universidad u Hospital Docente.-** El documento debe estar emitido oficialmente con firmas y sellos de responsabilidad por la universidad u hospital donde realiza el entrenamiento, además debe constar el nombre del profesor y la fecha. Si el entrenamiento lo realizó en el exterior el mismo debe tener la Apostilla de La Haya o estar notarizado en el país de emisión del documento. Todos los documentos enviados deben estar traducidos al español. |  |  | | *Especifique:* |  |  | | Nombre del Hospital: …………………………………………………………………………………………………… | | | | Nombre de la Universidad: …………………………………………………………………………………………… | | | | Nombre del Profesor: …………………………………………………………………………………………………….. | | | | 1. **Historial Quirúrgico y/o Clínico.-** El documento debe estar emitido oficialmente con firmas y sellos de responsabilidad por jefe del servicio y gerente del hospital que certifica su participación, fecha y el número de cirugías o pacientes a su cargo; en el caso de los anestesiólogos el número de cirugías a las que asistió.   Si el documento es del exterior el mismo debe tener la Apostilla de la Haya o estar notarizado en el país de emisión del documento. Todos los documentos enviados deben estar traducidos al español. |  |  | | *Especifique:* |  |  | | Número de Cirugías/pacientes:  Rol (*marcar con x*): Cirujano principal…. Cirujano ayudante…. Anestesiólogo…. Intensivista….  Médico tratante….  Fecha (periodo en que realizo las cirugías/seguimiento)……………… ……………………………………… | | | | | |
| 5. Capacitación relacionada con el tipo de trasplante (adjuntar certificados) | | |

**En……………………………………….a………………………………………… del……………**

|  |
| --- |
| **Nombre, firma y sello del profesional solicitante** |
|  |

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