**FORMULARIO 003. OML EXPEDIENTE Nº:**

(USO DEL INDOT)

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

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

FOTO

FOTO

|  |
| --- |
| **2. ACREDITACIÓN PARA:** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de trasplante** | **Ablación** | **Implante** | **Adulto** | **Pediátrico** |
| Trasplante Osteo Muscular Ligamentoso |  |  |  |  |

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DOCUMENTOS | 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. Título de especialidad en traumatología y ortopedia |  |  |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 4. Documentos que avalan experiencia en Trasplante de tejido Osteo Muscular Ligamentoso: (uno o más) | **SI** | **NO** | | Certificado de aprobación del curso sobre el uso de tejido osteomuscular ligamentoso dictado por la Sociedad Ecuatoriana de Ortopedia y Traumatología. |  |  | | Certificado de entrenamiento específico en Trasplante de Tejido Osteomuscular Ligamentoso 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. En el caso de haber sido cursado en el exterior el mismo deberá estar legalizado. Todos los documentos enviados deben estar traducidos al español) |  |  | | Certificado de la universidad dónde curso su especialización dónde especifique que el pensum de estudios incluye el entrenamiento en trasplante de tejido osteo muscular ligamentoso. El mismo deberá estar emitido oficialmente con firmas y sellos de responsabilidad de la Universidad. En el caso de haber sido cursado en el exterior el mismo deberá estar legalizado. Todos los documentos enviados deben estar traducidos al español) |  |  |   4. Educación continua relacionada con trasplante de Tejido Osteo Muscular Ligamentoso:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Fecha** | **Ciudad** | **Duración** | **Tema** | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | | |

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

|  |
| --- |
| **Nombre, firma y sello del Profesional** |
|  |

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