

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células - INDOT	COMPROBANTE DE REGISTRO EN LISTA DE ESPERA ÚNICA NACIONAL DONANTE CADAVERÍCO	FECHA: 15-06-2015
	VERSIÓN: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-183
	PUBLICADO EN ANÁLISIS BORRADOR OBSOLETO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 1
TRAZABILIDAD:		

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células - INDOT	COMPROBANTE DE REGISTRO EN LISTA DE ESPERA ÚNICA NACIONAL DONANTE CADAVERÍCO	FECHA: 15-06-2015
	VERSIÓN: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-183
	PUBLICADO EN ANÁLISIS BORRADOR OBSOLETO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
TRAZABILIDAD:		

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células - INDOT	COMPROBANTE DE REGISTRO EN LISTA DE ESPERA ÚNICA NACIONAL DONANTE CADAVERÍCO	FECHA: 15-06-2015
	VERSIÓN: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-183
	PUBLICADO EN ANÁLISIS BORRADOR OBSOLETO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
TRAZABILIDAD:		

Código de identificación:

Órgano / Tejido:

Fecha de ingreso:

Unidad Médica:

Médico Responsable:

Nombres:

Apellidos:

Cédula:

Fecha de nacimiento:

Género:

Provincia de residencia:

Ciudad:

Dirección:

Teléfono:

Persona de referencia:

Estatus:

Discapacidad:

Código de identificación:

Órgano / Tejido:

Fecha de ingreso:

Unidad Médica:

Médico Responsable:

Nombres:

Apellidos:

Cédula:

Fecha de nacimiento:

Género:

Provincia de residencia:

Ciudad:

Dirección:

Teléfono:

Persona de referencia:

Estatus:

Discapacidad:

Código de identificación:

Órgano / Tejido:

Fecha de ingreso:

Unidad Médica:

Médico Responsable:

Nombres:

Apellidos:

Cédula:

Fecha de nacimiento:

Género:

Provincia de residencia:

Ciudad:

Dirección:

Teléfono:

Persona de referencia:

Estatus:

Discapacidad:

CERTIFICO QUE, EL PACIENTE REFERIDO SE ENCUENTRA REGISTRADO EN LA BASE DE DATOS DEL INDOT PARA TRASPLANTE.

CERTIFICO QUE, EL PACIENTE REFERIDO SE ENCUENTRA REGISTRADO EN LA BASE DE DATOS DEL INDOT PARA TRASPLANTE.

CERTIFICO QUE, EL PACIENTE REFERIDO SE ENCUENTRA REGISTRADO EN LA BASE DE DATOS DEL INDOT PARA TRASPLANTE.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN:.....

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN:.....

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN:.....

COORDINACIÓN ZONAL ()
FIRMA Y SELLO

COORDINACIÓN ZONAL ()
FIRMA Y SELLO

COORDINACIÓN ZONAL ()
FIRMA Y SELLO