

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN DE PROFESIONALES	FECHA: 03-07-2018
	Versión: 04	CÓDIGO: RG-INDOT-329
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 2

FORMULARIO 003.HIG

1. DATOS DEL PROFESIONAL

1. DATOS DEL PROFESIONAL	
Nombre y Apellidos:	
Nº de Cédula de Identidad:	
Fecha de nacimiento:	
Nº de Registro SENESCYT:	
Especialidad:	
Nº de registro SENESCYT	
Domicilio: Ciudad:	Cantón:
Calle principal:	Número:
Calle secundaria:	Código Postal:
Teléfonos:	
Correo electrónico:	

FOTO

FOTO

2. SOLICITUD						
Tipo de trasplante	Ablación	Evaluación pretrasplante	Seguimiento pos trasplante	Implante	Adulto	Pediátrico
Hepático con donante cadavérico						
Hepático con donante vivo						

Escoja dentro de las siguientes opciones la función específica que desarrollara como parte del equipo de trasplantes:	
Líder del equipo de trasplante	
Coordinador/a Intrahospitalario de Trasplante	
Cirujano/a general principal	
Cirujano/a general de apoyo	
Cirujano/a en entrenamiento	
Médico/a clínico/a gastroenterólogo/a o hepatólogo/a	
Médico/a intensivista	
Médico/a infectólogo/a	
Médico patólogo	
Médico/a anestesiólogo/a	
Médico/a psiquiatra o Psicólogo/a	
Enfermero/a	
Nutricionista	
Trabajador/a Social	
Auxiliar de enfermería	

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN DE PROFESIONALES	FECHA: 03-07-2018
	Versión: 04	CÓDIGO: RG-INDOT-329
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 2 de 2

3. LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA				
DOCUMENTOS	S	I	N	O
1. Hoja de vida actualizada que incluya el título profesional debidamente registrado en el Senescyt.				
2. Documentos que avalan formación y/o experiencia en donación y trasplante hepático, de acuerdo a perfil detallado en el literal C del Instructivo.				
		SI	NO	
1. Título de Subespecialidad en trasplante. Debidamente registrado en el SENESCYT y en el MSP.				
2. Certificado de entrenamiento con aval de una Universidad u Hospital. El documento debe estar emitido oficialmente con firmas y sellos de responsabilidad por la universidad u hospital en donde realizó el entrenamiento; incluye nombre del profesional entrenador y fecha. Si el certificado procede de una institución extranjera, este debe ser apostillado. Todos los documentos que se encuentren en otro idioma extranjero deben estar traducidos al español.				
3. Historial Quirúrgico/Clínico: El documento debe estar emitido oficialmente con firmas y sellos de responsabilidad por el hospital que certifica su participación; Si el documento es del exterior debe estar apostillado: — Cirujanos: número de cirugías especificando rol; cirujano principal o ayudante; — Anestesiólogos: número de cirugías en las que asistió; — Clínicos: número de atenciones y evaluaciones a pacientes en pretrasplante, trasplante y pos trasplante				
3. Documentos que avalan 3 años de experiencia en la práctica asistencial de su especialidad. La certificación deberá estar rubricada por el jefe de servicio donde el profesional desarrolla sus actividades.				
4. Contrato legalizado con la institución o documento que avale relación contractual con el establecimiento				
3. Certificado de registro del título profesional en el ACCESS				

4. COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN	SI	NO
Se compromete usted a formar parte del equipo de trasplante hepático y garantizar su dedicación de manera preferencial y de acuerdo al requerimiento del programa de donación y trasplante		

En....., a..... de..... del.....

Nombre, firma y sello del profesional solicitante

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