

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN	FECHA: 30-01-2017
	Versión: 03	CÓDIGO: RG-INDOT-270
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANÁLISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 2

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		

 Ministerio de Salud Pública Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN	FECHA: 30-01-2017							
	Versión: 03	CÓDIGO: RG-INDOT-270							
	<table border="1"> <tr> <td>PUBLICADO</td> <td>EN ANALISIS</td> <td>BORRADOR</td> <td>OBSOLETO</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	OBSOLETO						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

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