 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN REACREDITACIÓN DE PROFESIONALES	FECHA: 29-06-2017
	Versión: 03	CÓDIGO: RG-INDOT-329
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANALISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> OBSOLETO <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 2

FORMULARIO 003
1. DATOS DEL PROFESIONAL

Nombres y Apellidos:	FOTO FOTO
Nº de Cédula de Identidad:	
Fecha de nacimiento:	
Especialidad:	
Subespecialidad:	
Nº de registro SENESCYT:	
Dirección:	
Teléfonos:	
Correo Electrónico:	
Ciudad/Provincia:	
Acreditación:	
Re acreditación:	

2. SOLICITUD


Tipo de trasplante	Ablación	Trasplante	Adulto	Pediátrico
Cardíaco				
Hepático con donante cadavérico				
Hepático con donante vivo				
Hepatorenal				
Intestinal				
Pancreático				
Pulmonar con donante cadavérico				
Renal con donante cadavérico				
Renal con donante vivo				
Renopancreático				
Corneas				

	Adulto	Pediátrico
Evaluación pretrasplante		
Seguimiento postrasplante		

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.		
3. Certificado de registro del título profesional en el MSP		
4. Documentos que avalan experiencia en Trasplante: (adjuntar documentos de respaldo)		
Puede entregar uno o más de los siguientes:	SI	NO
a. Título de Subespecialidad. Debidamente registrado en el SENESCYT y en el MSP.		

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN REACREDITACIÓN DE PROFESIONALES	FECHA: 29-06-2017							
	Versión: 03	CÓDIGO: RG-INDOT-329							
	<table border="0"> <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"/>						

<p>b. Certificado de entrenamiento de un año 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 estar legalizado. Todos los documentos enviados deben estar traducidos al español)</p>			
<p><i>Especifique:</i> Nombre del Hospital: Nombre de la Universidad: Nombre del Profesor:</p>			
<p>c. Historial Quirúrgico/Clínico: El documento debe estar emitido oficialmente con firmas y sellos de responsabilidad por el hospital que certifica su participación en las cirugías, además debe constar la fecha y el número de cirugías especificando su participación como cirujano principal o primer ayudante en la caso de los cirujanos y en el caso de los anestesiólogos el número de cirugías a las que asistió. Si el documento es del exterior el mismo debe estar legalizado. Todos los documentos enviados deben estar traducidos al español.</p> <p>En caso de documentos emitidos por establecimientos de salud locales, deberán constar con una tabla resumen de los pacientes que hayan estado bajo el cuidado directo del solicitante, y las firmas del jefe del servicio y de la Máxima Autoridad.</p>			
<p><i>Especifique:</i> Número de Cirugías/pacientes: Rol: Cirujano principal.... Primer ayudante.... Anestesiólogo.... Médico tratante... Intensivista.... Fecha (período en que realizo las cirugías/seguimiento).....</p>			
<p>5. Capacitación relacionado con el tipo de trasplante (adjuntar certificados): </p>			

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

Nombre, firma y sello del profesional solicitante

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