

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT	<b>SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O RE ACREDITACIÓN DE PROFESIONALES PROGRAMA DE DONACIÓN Y TRASPLANTE RENAL</b>			FECHA: 22-10-2018
	<b>Versión: 01</b>			CÓDIGO: RG-INDOT-439
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	PÁGINA: 1 de 2
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**FORMULARIO 003.RIÑ**

**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	Donación	Trasplante	Adulto	Pediátrico
Renal con donante cadavérico				
Renal con donante vivo				

Escoja la función específica en el equipo de trasplante que desarrollará, dentro de las siguientes opciones:	
Líder del equipo de trasplante	
Coordinador/a Intrahospitalario de Trasplante	
Profesional procurador	
Médico nefrólogo/a	
Cirujano/a general principal	
Cirujano/a general de apoyo	
Cirujano/a en entrenamiento	

3. LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA			
DOCUMENTOS		S	N
		I	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 renal, de acuerdo a perfil detallado en el Instructivo correspondiente (no es un requisito para los profesionales en entrenamiento y procuradores).		
		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 o legalizado en su país de origen y/o en este		

 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células <b>INDOT</b>	<b>SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O RE ACREDITACIÓN DE PROFESIONALES PROGRAMA DE DONACIÓN Y TRASPLANTE RENAL</b>			FECHA: 22-10-2018
	<b>Versión: 01</b>			CÓDIGO: RG-INDOT-439
	PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR	PÁGINA: 2 de 2
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

país. Todos los documentos que se encuentren en idioma extranjero deben estar traducidos al español.				
<b>3. Historial Quirúrgico/Clínico:</b> 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>— Cirujanos: número de cirugías especificando rol; cirujano principal o ayudante;</li> <li>— Clínicos: número de atenciones a pacientes, detallando en el registro la participación directa y personal en el control y seguimiento de los pacientes trasplantados.</li> </ul>				
<b>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 (opcional para profesional en entrenamiento y procuradores)</b>				
<b>4. Contrato legalizado con la institución o documento que avale relación contractual con el establecimiento</b>				
<b>3. Certificado de registro del título profesional en el ACESS</b>				

<b>4. COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Se compromete usted a formar parte del equipo de donación y trasplante renal y garantizar su dedicación de manera preferencial y de acuerdo al requerimiento del programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<b>Nombre, firma y sello del profesional solicitante</b>

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