



 Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células <b>INDOT</b>	<b>SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O RE ACREDITACIÓN DE PROFESIONALES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEAS</b>				FECHA: 23-01-2019
	<b>Versión: 02</b>				CÓDIGO: RG-INDOT-442
	PUBLICADO	EN ANÁLISIS	BORRADOR	OBSOLETO	PÁGINA: 2 de 2
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

institución extranjera, este debe ser apostillado. Todos los documentos que se encuentren en otro 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: — Cirujanos: número de cirugías especificando rol; cirujano principal o ayudante.				
<b>3. Documentos que avalan 3 años de experiencia en la práctica asistencial de su especialidad.</b> La certificación deberá estar rubricada por el jefe de servicio donde el profesional desarrolla sus actividades.				
<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 ACCESS/MSP</b>				

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