



Provincia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Señor (a) Doctor (a)

Coordinador Zonal: \_\_\_\_\_ ( 1 - 2 - 3 )

INDOT

Presente.-

Yo \_\_\_\_\_ portador de la cédula de ciudadanía N° \_\_\_\_\_  
(NOMBRES Y APELLIDOS)

Médico/Representante legal \_\_\_\_\_ acreditado de \_\_\_\_\_  
(ESPECIALIDAD) (ESTABLECIMIENTO DE SALUD)

Solicito a usted se autorice la importación de: Tejidos  Células  Xenoinjertos

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

Provenientes de: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(BANCO DE TEJIDOS/CÉLULAS/XENOINJERTOS) (CIUDAD- PAÍS)

**PARA EL RECEPTOR:**

Apellidos y nombres: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_  
 Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Dirección domiciliaria: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_ Referencia domicilio: \_\_\_\_\_  
 Teléfono domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Procedimiento programado: \_\_\_\_\_

**DICHO PROCEDIMIENTO SE REALIZARÁ:**

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_  
 ESTABLECIMIENTO DE SALUD ACREDITADO: \_\_\_\_\_  
 Médico acreditado que realizará el procedimiento: \_\_\_\_\_

**AUTORIZACIÓN DE RETIRO DE ADUANAS:**

El tejido o lote \_\_\_\_\_ serán retirado por el Sr/Sra. \_\_\_\_\_ con CI: \_\_\_\_\_  
 el mismo que será responsable de la entrega al Establecimiento de Salud Acreditado.

\_\_\_\_\_  
 MÉDICO ACREDITADO  
 FIRMA Y SELLO

NOMBRE:  
 C.I.

\* Llenar y entregar el Formulario INDOT-IT -175 por cada uno de los tejidos, células o xenoinjertos solicitados. **Adjuntar listado en caso de lotes.**  
 \* Los datos del procedimiento de trasplante serán remitidos en el FORMULARIO -INDOT -IT -177 en un lapso de 5 (cinco) días posteriores al trasplante.