 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN DE PROFESIONALES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA	FECHA: 15-11-2021
	Versión: 03	CÓDIGO: RG-INDOT-442
	PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANÁLISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/>	PÁGINA: 1 de 2

FORMULARIO 003.COR

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:	
Acreditación:	Reacreditación:

FOTO
FOTO

2. SOLICITUD						
Tipo de trasplante	Ablación	Evaluación pretrasplante	Seguimiento postrasplante	Implante	Adulto	Pediátrico
Corneas						

Escoja la función específica en el equipo de trasplante que desarrollará, dentro de las siguientes opciones:	
Líder del equipo de trasplante	
Líder del equipo de procuración	
Coordinador/a Intrahospitalario de Trasplante	
Profesional procurador	
Profesional ablacionador	
Cirujano/a oftalmólogo	
Médico Anestesiólogo/a	
Lcdo/a en enfermería	
Psicólogo/a	
Trabajador/a Social	
Otro:	

3. LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA		
DOCUMENTOS	SI	NO
1. Hoja de vida actualizada en donde conste el número de documento de identificación y pasaporte en caso de ser pertinente.		
2. Documentos que avalan formación y/o experiencia en donación y trasplante de córnea, de acuerdo a perfil detallado en el Instructivo de acreditación correspondiente.		
<ul style="list-style-type: none"> Certificado que avale dos (2) años de experiencia en la práctica asistencial de su especialidad. 		
<ul style="list-style-type: none"> Título de Subespecialidad en trasplante. Debidamente registrado en el SENESCYT y en el MSP. 		
<ul style="list-style-type: none"> Certificado de entrenamiento con aval de una Universidad u Hospital. 		

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	<p>SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN DE PROFESIONALES PARA TRASPLANTE DE CÓRNEA</p>	<p>FECHA: 15-11-2021</p>
	<p>Versión: 03</p>	<p>CÓDIGO: RG-INDOT-442</p>
	<p>PUBLICADO <input checked="" type="checkbox"/> EN ANÁLISIS <input type="checkbox"/> BORRADOR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>PÁGINA: 2 de 2</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Historial o record quirúrgico y/o clínico 		
<p>3. Contrato legalizado con la institución o documento que avale relación contractual con el establecimiento</p>		

4. REACREDITACIÓN	SI	NO
Historial o record quirúrgico de los dos años de acreditación del programa de donación y trasplante de córnea, con número de cirugías de ablación y trasplante.		

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

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

Nombre, firma y sello del profesional solicitante

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