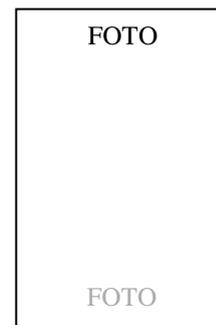


 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	<b>SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PROFESIONALES PARA ABLACIÓN E IMPLANTE DE TEJIDOS EXCEPTO CÓRNEAS</b>	<b>FECHA:</b> 25-08-2021							
	<b>Versión: 03</b>	<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-501							
	<table border="0"> <tr> <td>PUBLICADO</td> <td>EN ANALISIS</td> <td>BORRADOR</td> <td></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		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUBLICADO	EN ANALISIS	BORRADOR							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

**FORMULARIO 001.AP**

**1. DATOS DEL PROFESIONAL**

1. DATOS DEL PROFESIONAL	
<b>Nombre y Apellidos:</b>	
<b>Nº de Cédula de Identidad:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Nº de Registro SENESCYT o entidad que la represente /MSP:</b>	
<b>Especialidad:</b>	
<b>Domicilio: Ciudad:</b>	<b>Cantón:</b>
<b>Calle principal:</b>	<b>Número:</b>
<b>Calle secundaria:</b>	<b>Código Postal:</b>
<b>Teléfonos:</b>	
<b>Correo electrónico:</b>	



**2. SOLICITUD**

Tipo de tejido	Ablación	Implante
Membrana Amniótica	N/A	
Sistema Osteomuscular Ligamentoso y Osteoarticular		
Homoinjertos valvulares, vasculares y otros tejidos cardíacos		
Piel		

**3. LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA**

DOCUMENTOS	SI	NO
1. Hoja de vida actualizada donde conste el número de documento identidad y/o pasaporte.		
2. Copia del permiso de Funcionamiento vigente del o los establecimientos donde se realizarán los procedimientos de ablación y/o implante.		
3. Contrato legalizado con la institución o documento que avale relación contractual con el o los establecimientos donde llevará a cabo la ablación y/o implante.		
4. Documento que certifique que el establecimiento de salud conoce que el profesional que solicita autorización para ablación y/o implante, va a realizar los procedimientos mencionados dentro del establecimiento, el mismo deberá contar firma y sello de la máxima autoridad o representante legal.		
5. Carta de compromiso de autorización de profesionales para ablación e implante de tejidos excepto córneas RG-INDOT-502, con firma y sello del profesional.		

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

 <p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>	<b>SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PROFESIONALES PARA ABLACIÓN E IMPLANTE DE TEJIDOS EXCEPTO CÓRNEAS</b>	<b>FECHA:</b> 25-08-2021
	<b>Versión: 03</b>	<b>CÓDIGO:</b> RG-INDOT-501
	<b>PUBLICADO</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>EN ANALISIS</b> <input type="checkbox"/> <b>BORRADOR</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>PÁGINA:</b> 2 de 2

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