



**DATOS DEL PACIENTE RECEPTOR:**

**FECHA DEL REPORTE:**

DÍA / MES / AÑO

**TIPO DE COBERTURA:**

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS)

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (ISSFA)

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POLICIA NACIONAL (ISSPOL)

PRIVADA:

Médico responsable de seguimiento:

Institución trasplantadora:

Apellidos y nombres:

Cédula:

**REPORTE REQUERIDO POR EL INDOT:**

3 MESES

6 MESES

ANUAL

**ESTADO DEL RECEPTOR**

ES OBLIGATORIO REPORTAR

VIVO

FALLECIDO

Fecha del fallecimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Causa del fallecimiento: \_\_\_\_\_

**ESTADO DEL INJERTO**

Funcionante: SI  NO

**TRATAMIENTO ACTUAL ( MEDICAMENTOS INMUNOSUPRESORES ) :**

Se mantiene el mismo del inicio: SI  NO

**COMPLICACIONES RELACIONADAS AL INJERTO:**

**OBSERVACIONES:**

Pérdida del seguimiento: SI  NO

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Causa: \_\_\_\_\_

Cambio de Establecimiento de Salud : SI  NO

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Causa: \_\_\_\_\_

Comentario del trasplante : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
MÉDICO RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO:

NOMBRE:

C.I.