


<p>Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT</p>  <p>República del Ecuador</p>	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN DE PROFESIONALES PARA TRASPLANTE CARDIACO	FECHA: 26-09-2022							
	Versión: 01	CÓDIGO: RG-INDOT-534							
	<table border="0"> <tr> <td>PUBLICADO</td> <td>EN ANÁLISIS</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 ANÁLISIS	BORRADOR		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUBLICADO	EN ANÁLISIS	BORRADOR							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

2. Documentos que avalan formación y/o experiencia en donación y trasplante cardiaco, de acuerdo a perfil detallado en el Instructivo de acreditación correspondiente.		
3. Contrato legalizado con la institución o documento que avale relación contractual con el establecimiento		

4. REACREDITACIÓN	SI	NO
Record quirúrgico y/o clínico, con listado de cirugías de ablación y trasplante (para cirujanos de trasplante) y listado de pacientes al cuidado y atención (para médicos cardiólogos) por cada profesional.	[]	[]

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