



VERSIÓN 03

CÓDIGO DEL DONANTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

DÍA

MES

AÑO

UNIDAD MÉDICA DONANTE: \_\_\_\_\_

COORDINADOR/A DE TRASPLANTES: \_\_\_\_\_

### CORAZÓN

Hospital Trasplantador: \_\_\_\_\_

Fecha / Hora de entrega: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

### PULMÓN DERECHO

Hospital Trasplantador: \_\_\_\_\_

Fecha / Hora de entrega: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

### PULMÓN IZQUIERDO

Hospital Trasplantador: \_\_\_\_\_

Fecha / Hora de entrega: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

### HÍGADO

Hospital Trasplantador: \_\_\_\_\_

Fecha / Hora de entrega: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

### RIÑÓN DERECHO

Hospital Trasplantador: \_\_\_\_\_

Fecha / Hora de entrega: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

### RIÑÓN IZQUIERDO

Hospital Trasplantador: \_\_\_\_\_

Fecha / Hora de entrega: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

### PÁNCREAS

Hospital Trasplantador: \_\_\_\_\_

Fecha / Hora de entrega: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):