



Ministerio
de Salud Pública

Instituto Nacional de Donación y Trasplante
de Órganos, Tejidos y Células - INDOT

FORMULARIO INDOT-LE-04 NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE ZONAL

ESTE DOCUMENTO SE DEBE LLENAR CON TINTA AZUL Y LETRA IMPRENTA
NO SE PERMITE RECTIFICACIONES, MANCHONES Y TACHONES



Ciudad: Provincia: Fecha:

Dr. / Dra. _____

Coordinador Zonal _____

Instituto Nacional de Donación de Órganos y Trasplantes INDOT

Por medio de la presente notifico que el paciente _____ ,
(NOMBRES Y APELLIDOS)
con número de cédula _____, inscrito en la Lista de Espera Única Nacional del INDOT,
con el código _____, para trasplante de _____ de donante cadavérico,
del Hospital _____ ; a partir de _____
(NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA ACREDITADA) (FECHA)
está autorizado para que ingrese a nuestro programa de trasplantes.

COORDINADOR HOSPITALARIO
FIRMA Y SELLO

NOMBRE:

C.I.:

ZONALES INDOT:

- 1 Quito, Pichincha, Carchi, Imbabura, Esmeraldas, Sucumbíos, Pichincha, Napo, Orellana, Pastaza, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo
- 2 Guayaquil, Guayas, Manabí, Santo Domingo, Los Ríos, Santa Elena, Bolívar, Galápagos
- 3 Azuay, Cañar, Morona Santiago, El Oro, Loja, Zamora Chinchipe