



FORMULARIO INDOT-LE-01 INGRESO EN LISTA DE ESPERA ÚNICA NACIONAL ÓRGANOS SÓLIDOS



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

INSCRIPCIÓN EN LISTA DE ESPERA DE:

FECHA: DÍA / MES / AÑO

PRIORIDAD: ELECTIVA URGENTE

DATOS DE LA INSTITUCIÓN QUE SOLICITA INGRESO:

UNIDAD MÉDICA ACREDITADA:

Nombre del médico responsable:

DATOS DEL PACIENTE:

Apellidos y nombres: Cédula:

Lugar y fecha de nacimiento: Edad: Nacionalidad:

Dirección domiciliaria:

Provincia: Cantón: Referencia domicilio:

Teléfono domicilio: Teléfono móvil:

Correo electrónico:

Referencia personal: Relación: Teléfono:

DISCAPACIDAD: Si No PORCENTAJE:

TIPO DE COBERTURA: RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD (RPIS) INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS) SEGURO SOCIAL CAMPESINO

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS (ISSFA) INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POLICIA NACIONAL (ISSPOL) PRIVADA:

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Grupo sanguíneo y factor: Peso en Kg.: Talla en cm: IMC:

Patología base: CIE10:

Diagnóstico: CIE10:

LLENAR SÓLO SI EL PACIENTE NECESITA TRASPLANTE RENAL:

Unidad donde se dializa: Teléfono de la unidad:

Tipo de diálisis: Fecha inicio de diálisis: P.R.A. % Fecha:

LLENAR EN CASO DE REQUERIR TRASPLANTE HEPÁTICO

MELD: PELD: Fecha de actualización:

RESUMEN CLÍNICO:

CERTIFICACIÓN:

Certificamos que _____ (NOMBRES Y APELLIDOS) con número de Cédula _____ de _____ años de edad, se ha realizado todos los estudios pre-trasplante necesarios y se encuentra listo para recibir un trasplante _____ un donante cadavérico, por lo que solicito sea incluido en la Lista de Espera Única Nacional.

MÉDICO RESPONSABLE
FIRMA Y SELLO

NOMBRE:
C.I.

COORDINADOR DE TRASPLANTES
FIRMA Y SELLO

NOMBRE:
C.I.

- Para trasplante renal anexar HLA del paciente receptor
- Para trasplante hepático anexar exámenes de laboratorio
- Anexar copia de cédula de identidad en todos los casos.