Ministerio de Salud Pública

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

FORMULARIO INDOT-LE-03

SOLICITUD DE CAMBIO DE ESTATUS A CÓDIGO CERO

ESTE FORMULARIO DEBE SER LLENADO CON TINTA AZUL Y LETRA IMPRENTA
NO SE PERMITE RECTIFICACIONES (MANCHONES, TACHONES)

Provincia: _____ Ciudad: _____ Fecha: DÍA ___ / MES ___ / AÑO ___

Dr. / Dra. _____

Coordinador Zonal _____ (1 - 2 - 3)
Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células INDOT

Yo, _____ con número de cédula _____,
(NOMBRES Y APELLIDOS)

Coordinador de Trasplantes de _____,
(UNIDAD MÉDICA ACREDITADA)

solicito a Usted que al paciente con código de registro número _____

en espera de trasplante _____ de donante cadavérico, se cambie su estatus a

CÓDIGO CERO, debido a que presenta:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

*Adjuntar Informe del equipo de trasplantes en un lapso no mayor a 48 horas de haber sido solicitado el cambio de estatus.

_____
COORDINADOR DE TRASPLANTES
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 Chinchípe

DOCUMENTO VÁLIDO ÚNICAMENTE: CON SELLOS Y FIRMAS AUTORIZADAS