



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 ( INDOT )

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

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,

de \_\_\_\_\_ ; a partir de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

( NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA ACREDITADA )

DÍA MES AÑO

está autorizado para que ingrese a nuestro programa de trasplantes.

\_\_\_\_\_  
COORDINADOR HOSPITALARIO

FIRMA Y SELLO

NOMBRE:

C.I.:

### ZONALES INDOT:

**1** Pichincha, Carchi, Imbabura, Esmeraldas, Sucumbíos, 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