



FORMULARIO INDOT-LE-05 INGRESO EN LISTA DE ESPERA ÚNICA NACIONAL TEJIDO CORNEAL



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

Provincia: Ciudad: Fecha: DÍA / MES / AÑO

DATOS DE LA INSTITUCIÓN QUE SOLICITA INGRESO:

UNIDAD MÉDICA ACREDITADA:

Nombre del Médico responsable:

Prioridad: **ELECTIVA** **URGENTE**

DATOS DEL PACIENTE:

Apellidos y nombres: Cédula:

Lugar de nacimiento: Fecha: DÍA / MES / AÑO Nacionalidad: Edad:

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:

Patología base: CIE10:

Diagnóstico: CIE10:

Grupo sanguíneo y factor: Ojo de tratamiento: derecho izquierdo

Agudeza visual: _____

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 de córnea de 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.

- Anexar copia de cédula de identidad del paciente.