



Ministerio
de **Salud Pública**

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

FORMULARIO INDOT-FAD-002

FICHA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS

COORDINADORES HOSPITALARIOS DE TRASPLANTES

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



FECHA:

DATOS PERSONALES:

Apellidos:

Nombres:

Cédula:

Dirección Domiciliaria:

Provincia:

Cantón:

Sector:

Teléfono Fijo:

Teléfono Móvil:

Correo Electrónico:

Hospital / Clínica:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Director/a Médico/a:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Correo Electrónico:

FOTO

La presente información es de carácter confidencial y será utilizada únicamente por el Instituto Nacional de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células INDOT

FIRMA DEL PROFESIONAL

NOMBRE:

C.I.:

FIRMA DEL JEFE INMEDIATO

NOMBRE:

C.I.:

DOCUMENTO VÁLIDO ÚNICAMENTE CON FIRMA DEL PROFESIONAL Y JEFE INMEDIATO