



Ministerio
de **Salud Pública**

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

FORMULARIO INDOT - IT - 01

SOLICITUD DE IMPORTACIÓN TEJIDOS

VERSIÓN

01

TRAZABILIDAD

IT-01-CZ...-PRL-2014-....

Provincia: Ciudad: Fecha: DÍA / MES / AÑO

Señor/a Doctor/a

Coordinación zonal (1 - 2 - 3)
INDOT

Presente.-

Yo portador de la cédula de ciudadanía N°

(NOMBRES Y APELLIDOS)

médico acreditado de

(ESPECIALIDAD)

(UNIDAD MÉDICA ACREDITADA)

solicito a usted se autorice la importación de un tejido que llega procedente

(TIPO DE TEJIDO)

de de

(BANCO DE TEJIDOS)

(CIUDAD - PAÍS)

PARA EL RECEPTOR:

Apellidos y nombres: Cédula:

Lugar y fecha de nacimiento: Nacionalidad: Edad:

Dirección domiciliaria:

Provincia: Cantón: Referencia domicilio:

Teléfono domicilio: Teléfono móvil: Correo electrónico:

Referencia Personal: Relación:

Teléfono domicilio: Teléfono móvil: Correo electrónico:

Diagnóstico: Procedimiento programado:

DICHO PROCEDIMIENTO SE REALIZARÁ:

Lugar y fecha: Provincia: Cantón:

UNIDAD MÉDICA ACREDITADA:

Médico acreditado que realizara el procedimiento:

AUTORIZACIÓN DE RETIRO DE ADUANAS:

El tejido corneal será retirado por el Sr/Sra. con CI:
el mismo que será responsable de la entrega a la Unidad Médica Acreditada.

MÉDICO ACREDITADO
FIRMA Y SELLO

NOMBRE:
C.I.

* Llenar y entregar el Formulario INDOT-IT-01 por cada uno de los tejidos solicitados.

* Los datos del procedimiento de trasplante serán remitidos en el FORMULARIO -INDOT -IT -03 conjuntamente con la valoración del Banco de tejidos de origen en un lapso de 5 (cinco) días máximo posteriores al trasplante.

* Anexar copia de cédula de identidad del receptor.

DOCUMENTO VÁLIDO ÚNICAMENTE CON SELLOS Y FIRMAS AUTORIZADAS
ESTE DOCUMENTO SE DEBE LLENAR CON TINTA AZUL Y LETRA IMPRENTA NO SE PERMITE RECTIFICACIONES, MANCHONES Y TACHONES