



Ministerio
de **Salud Pública**

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

FORMULARIO INDOT - FAD - 02
FICHA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS
COORDINADORES HOSPITALARIOS DE TRASPLANTE

VERSIÓN

01

TRAZABILIDAD

FAD-02-CZ...-PRL-2014-.....

FECHA:

DATOS PERSONALES:

Apellidos:

Nombres:

Especialidad:

Sub Especialidad:

Cédula:

FOTO

Dirección Domiciliaria:

Provincia:

Cantón:

Sector:

Teléfono Fijo:

Teléfono Móvil:

Correo Electrónico:

UNIDAD MÉDICA ACREDITADA:

Hospital / Clínica:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Director/a Médico/a:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Correo Electrónico:

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.: