



Ministerio
de **Salud Pública**

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

FORMULARIO INDOT - LE - 04

NOTIFICACIÓN DE CAMBIO DE UNIDAD MEDICA

VERSIÓN

01

TRAZABILIDAD

LE-04-CZ...-PRL-2014-... ..

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