

**HABILITACION DE PROFESIONALES PARA
TRASPLANTES DE ORGANOS Y TEJIDOS**

MEDICO PROPUESTO

APELLIDO/S:.....
 NOMBRE/S:.....
 DOC. NRO.:..... /... / 01- DNI 02- LE 03- LC 04- CI 05- OTRO NACIONALIDAD: /... /1- ARGENT 2- EXTRANJ
 ESPECIALIDAD:.....MATRICULA NRO.:.....TIPO: /... / 01- NACIONAL 02- PROVINCIAL
 DOMICILIO: CALLE: Nº..... LOCALIDAD: C.P.....
 PARTIDO: PROVINCIA:.....
 TELEFONO:..... CELULAR:
 E-MAIL:.....

GESTIONA AUTORIZACION EN CALIDAD DE

JEFE DE EQUIPO SUBJEFE DE EQUIPO INTEGRANTE DE EQUIPO
 DEPENDIENTE DE ESTABLECIMIENTO PUBLICO PRIVADO OTROS

NOMBRE OFICIAL DEL ESTABLECIMIENTO DONDE REALIZARÀ LAS PRACTICAS DE TRASPLANTE

.....

HABILITACION PARA TRASPLANTE DE

ABLACION

IMPLANTE

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| 01- RIÑON Y URETER | 7- OIDO MEDIO EXTERNO | 13- HIGADO-PANCREAS |
| 02- HIGADO | 8- DURAMADRE | 14- INTESTINO-PANCREAS |
| 03- CORAZON, VASOS Y VALVULAS | 9- ORGANOS DENTARIOS | 15- HIGADO-INTESTINO |
| 04- PULMON | 10- ELEMENTOS P/SIST. NERVIOSO PERIF | 16- MEDULA OSEA ALOGENICO-AUTOLOGO |
| 05- PANCREAS | 11- CORAZON-PULMON | 17- HUESO Y SIST. OSTEOARTICULAR |
| 06- INTESTINO | 12- HIGADO-PANCREAS-INTESTINO | 18- CORNEAS Y ESCLERAS |
| | | 19- PIEL |
| | | 20- OTRO |

TIPO DE TRASPLANTE

1- PEDIATRICOS 2-ADULTOS 3-AMBOS

DOCUMENTACION QUE ACOMPAÑA

- FOTOCOPIA AUTENTICADA DE TITULO PROFESIONAL
- FOTOCOPIA AUTENTICADA DE TITULO ESPECIALISTA
- CURRICULUM VITAE ABREVIADO
- CERTIFICADO DE ETICA CON INDICACION DE LA ESPECIALIDAD, EXPEDIDO POR EL COLEGIO DE MEDICOS DEL DISTRITO CORRESPONDIENTE.

La presente solicitud reviste a todos los efectos el carácter de declaración jurada.
 Declaramos conocer y aceptar las normas legales vigentes sobre ablación e implante de órganos y tejidos.-

La Plata, dede 20.....

SOLICITANTE:

FIRMA

ACLARACION

JEFE DE EQUIPO

FIRMA

ACLARACION

DIRECTOR
ESTABLECIMIENTO:

FIRMA

ACLARACION