

H1E - HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS PARA TRASPLANTE DE ÓRGANOS, TEJIDOS, CÉLULAS Y BANCOS DE TEJIDOS

NOMBRE:.....

DOMICILIO: CALLE: N°:..... LOCALIDAD:..... C.P.

PARTIDO: PROVINCIA:

TELÉFONO:.....CELULAR:.....

E-MAIL:.....

ÁMBITO DEL ESTABLECIMIENTO:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01- PROVINCIAL | <input type="checkbox"/> 04- PRIVADOS | <input type="checkbox"/> 07- UNIVERSITARIAS |
| <input type="checkbox"/> 02- MUNICIPAL | <input type="checkbox"/> 05- F. ARMADAS | <input type="checkbox"/> 08- OTRO: |
| <input type="checkbox"/> 03- O. SOCIALES | <input type="checkbox"/> 06-F. DE SEGURIDAD | |

DIRECTOR MÉDICO

APELLIDO/S:.....

NOMBRE/S:

TIPO y N° DNI:

NACIONALIDAD:.....

MATRÍCULA PROVINCIAL N°:

ESPECIALIDAD:

MATRÍCULA NACIONAL N°:

TELÉFONO:.....CELULAR:.....

E-MAIL:.....

- PRIMERA HABILITACIÓN * RENOVACIÓN DE LA HABILITACIÓN

*Adjuntar copia de la habilitación ministerial del establecimiento asistencial.

HABILITACIÓN PARA TRASPLANTE

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 01- RIÑÓN Y URÉTER | <input type="checkbox"/> 05- PÁNCREAS Y RENOPÁNCREAS | <input type="checkbox"/> 09- PIEL |
| <input type="checkbox"/> 02- HÍGADO | <input type="checkbox"/> 06- INTESTINO | <input type="checkbox"/> 10- MÉDULA OSEA * |
| <input type="checkbox"/> 03- CORAZÓN, VASOS Y VÁLVULAS | <input type="checkbox"/> 07- CÓRNEAS Y ESCLERAS | TIPO:..... |
| <input type="checkbox"/> 04- PULMÓN | <input type="checkbox"/> 08- HUESO Y SIST. OSTEOARTICULAR | |
| | | <input type="checkbox"/> 12- OTRO:..... |

* Deberá adjuntar además Anexo II

TRASPLANTES EN PACIENTES

- ADULTOS PEDIÁTRICOS

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA

- Anexo I de infraestructura y equipamiento.
 Copia de Disposición de Fiscalización Sanitaria del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires que reconoce al Director Médico del establecimiento.

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, tejidos y células.

La Plata, de de 20.....

Firma y sello del Director
del Establecimiento

Firma y sello del Jefe de Equipo