

H2P - AUTORIZACIÓN DE PROFESIONALES PARA TRASPLANTES DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS

DATOS DEL PROFESIONAL

APELLIDO/S:.....
NOMBRE/S:
TIPO y Nº DNI:
NACIONALIDAD:.....

MATRÍCULA PROVINCIAL Nº: ESPECIALIDAD:
MATRÍCULA NACIONAL Nº:
DOMICILIO: CALLE: Nº..... LOCALIDAD: C.P
PARTIDO: PROVINCIA:.....
TELEFONO:..... CELULAR:
E-MAIL:.....

GESTIONA AUTORIZACIÓN EN CALIDAD DE

☐ JEFE DE EQUIPO ☐ SUBJEFE DE EQUIPO ☐ INTEGRANTE DE EQUIPO

NOMBRE OFICIAL DEL ESTABLECIMIENTO DONDE REALIZARÁ LAS PRÁCTICAS

.....
☐ PRIMERA AUTORIZACIÓN ☐ RENOVACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA TRASPLANTE DE

☐ 01- RIÑÓN Y URÉTER	☐ 05- PÁNCREAS Y RENOPÁNCREAS	☐ 10- PIEL
☐ 02- HÍGADO	☐ 06- INTESTINO	☐ 11- MÉDULA ÓSEA
☐ 03- CORAZÓN, VASOS Y VÁLVULAS	☐ 07- Córneas y escleras	TIPO:
☐ 04- PULMÓN	☐ 08- HUESO Y SIST. OSTEOARTICULAR	
		☐ 12- OTRO:

TRASPLANTE EN PACIENTES ☐ 1- ADULTOS ☐ 2 - PEDIÁTRICOS

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA

- ☐ FOTOCOPIA AUTENTICADA DE TÍTULO PROFESIONAL.
- ☐ FOTOCOPIA AUTENTICADA DE TÍTULO ESPECIALISTA.
- ☐ CV ABREVIADO.
- ☐ CERTIFICADO DE ÉTICA, EXPEDIDO POR EL COLEGIO PROFESIONAL DEL DISTRITO CORRESPONDIENTE (ORIGINAL).
- ☐ MATRÍCULA PROVINCIAL (EN CASO DE ENFERMERO).

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, dede 20.....

SOLICITANTE:

FIRMA

ACLARACIÓN

JEFE DEL EQUIPO:

FIRMA

ACLARACIÓN

DIRECTOR DEL
ESTABLECIMIENTO:

FIRMA

ACLARACIÓN