

Instructivo para la Solicitud de Subsidios para Trasplante

El paciente deberá presentar la siguiente documentación:

- 1) Nota personal solicitando el subsidio para trasplante o para cobertura post-trasplante y/o medicación según sea el caso, dirigida al Sr. Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- 2) Fotocopia del DNI (derecho y revés).
- 3) Para menores de edad, presentar fotocopias del DNI de padres y/o adulto responsable además de Partida de Nacimiento.
- 4) Para los puntos 2 y 3, la Licenciada en Trabajo Social interviniente deberá consignar en las fotocopias: “es copia fiel del original que tengo ante mi vista”.
- 5) El paciente deberá contar con no menos de 2 años de residencia en la Provincia de Buenos Aires.
- 6) Certificado de Domicilio, solicitado en la Delegación del Registro Civil de la zona de residencia del paciente. En caso de pacientes menores de edad, los adultos responsables también deberán presentar certificado de domicilio a su nombre (aunque los padres no convivan).
- 7) Información Sumaria de Residencia en la Pcia. de Buenos Aires, para aquellos pacientes que en el DNI no cumplan con la antigüedad mínima de 2 años en la Provincia.
- 8) Para extranjeros, ciudadanía otorgada.
- 9) Prescripción Médica completada en formulario “Protocolo Médico para Trasplante” de C.U.C.A.I.B.A., por Equipo de Trasplante habilitado, Centro de Diálisis y/o nefrólogo en el caso de trasplante renal y Servicio de Hematología en el caso de trasplante de médula. En caso de donante vivo, deberá acreditar relación vincular con fotocopia de Partida de nacimiento, DNI del donante y consentimiento médico de donación. A los mismos fines se aceptará Resumen de Historia Clínica, Historia Clínica computarizada y/o Constancia C22 del Sintra en el caso de trasplante de córneas.
- 10) En caso que el paciente haya tenido cobertura social, deberá presentar constancia con fecha de baja; en caso que tenga cobertura social pero no cubra la práctica del trasplante deberá presentar negativa por escrito; y en caso de que se encuentre en período de carencia de cobertura, constancia con fecha de alta.
- 11) Encuesta Social, realizada por Trabajadora Social de CUCAIBA o por Asistente Social de Región Sanitaria, Municipio u Hospital Público. Se deberá consignar claramente que carece de cobertura social.

