

Rev.02  
Fecha: 26/05/2021

FORMULARIO  
**Entrega de órganos y tejidos**  
Página 1 de 1



Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Fecha de la solicitud

Día	Mes	Año	Hora
			:

Nº PD

Retira:  Riñón Derecho  Riñón Izquierdo  Corazón para Válvulas  Otros

Establecimiento que retira :

Localidad:

Provincia:

Teléfono:

Correo electrónico:

Nro de Equipo de Trasplante:

Persona autorizada a retirar :

Nombre y apellido:

Tipo y número de DNI

Teléfono:

Marca del vehículo:

Modelo:

Dominio:

Firma y aclaración / sello del Jefe o Subjefe  
de equipo solicitante

Datos de la Entrega

Día	Mes	Año	Hora
			:

Firma y aclaración/sello  
de personal de CUCAIBA

Firma y aclaración/sello  
de quien retira

**IMPORTANTE:** Cuando el Jefe o Subjefe de Equipo reciba el órgano o tejido o célula debe comunicarse inmediatamente con la Guardia del Servicio Provincial de Procuración del CUCAIBA para dar aviso de la recepción del material biológico, mediante cualquiera de las vías de comunicación aquí consignadas.

**Servicio  
Provincial de  
Procuración  
de CUCAIBA**



+54 9 221 (15) 477 9159



0 800 222 0101



procuracion@cucaiba.gba.gov.ar