



**Servicio Provincial de Histocompatibilidad / CUCAIBA**

	Apellido y Nombre	Fecha de nacimiento	Obras social N°	Centro de diálisis	Transf./Emb/Trasp	Hora de arribo	Lugar donde aguardará	DNI y Firma
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Donante: ..... Fecha del estudio: ..... PD N°: .....

Día  
 Mes  
 Año