



**Servicio Provincial de Procuración**

| Día                  | Mes                  | Año                  | Hora                 |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

PD N°: .....

**PROCURACION DE CORNEAS**

Establecimiento: .....

Localidad: .....

Servicio Denunciante: 1 UTI/ 2 Guardia / 3 Otro Cual?.....

☐ Domicilio particular ☐ Morgue Judicial ☐ Morgue Hospitalaria ☐ Casa Velatoria

Donante: Edad ..... Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Ojo ablacionado: ☐ Ojo derecho ☐ Ojo izquierdo

Fallecido en: ☐ ME ☐ PCR

Causas originaria de muerte: .....

Parada cardíaca: Fecha...../...../..... Hora:.....:.....

**ANTECEDENTES**

☐ Neoplasias ☐ Enfermedades Oculares ☐ Cirugía Ocular

☐ Diabetes ☐ Neurológicos ☐ Infecciosos ☐ Otros

**PROTOCOLO OPERATIVO DE ABLACION**

Fecha...../...../..... Hora:.....:.....

Med. Ablacionista/ Nombre y Apellido: ..... Mat.: ..... Tipo ☐ Prov ☐ Nac.

Ayudante/ Nombre y Apellido: ..... Mat: ..... Tipo ☐ Prov ☐ Nac.

Ablaciona: ☐ OD ☐ OI ☐ Ambos

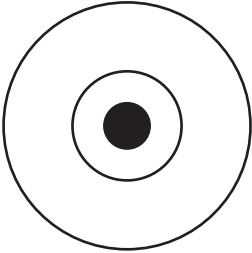
Tel. de contacto:.....

\_\_\_\_\_  
Firma y sello

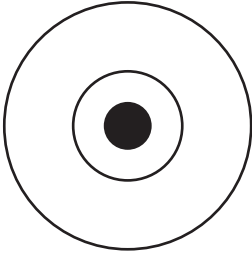
Servicio Provincial de Procuración

EXAMEN MACROSCOPICO

O.D.



O.I.



Ojo derecho .....

Ojo izquierdo .....