

Fecha: 
 

|            |            |            |             |
|------------|------------|------------|-------------|
| <i>Día</i> | <i>Mes</i> | <i>Año</i> | <i>Hora</i> |
|            |            |            |             |

Quien suscribe .....informa  
 que la córnea derecha/ córnea izquierda correspondiente al PD N° .....,  
 solicitada al Banco de Tejidos Oculares del CUCAIBA, destinada al paciente .....  
 .....  
 no fue implantada por los siguientes motivos: .....  
 .....  
 .....  
 .....

Mediante la presente, garantizo que la cadena de frío de la córnea fue mantenida en todo momento desde la recepción de la misma hasta la devolución al Banco de Tejidos Oculares del CUCAIBA.

SI       NO

firma y sello del Jefe/a  
 o Subjefe/a de equipo