

**HABILITACION DE ESTABLECIMIENTOS
 PARA TRASPLANTES**

EXPTE. Nro.

NOMBRE: COD. SAMO:

CALLE: NRO:..... LOCALIDAD:..... C.P.

PARTIDO: PROVINCIA:

TELEFONO:..... FAX:

AMBITO DEL ESTABLECIMIENTO: CODIGO

- 01- PROVINCIAL 04- PRIVADOS 07- UNIVERSITARIAS
- 02- MUNICIPAL 05- F. ARMADAS 08- OTRO:
- 03- O. SOCIALES 06-F. DE SEGURIDAD

DIRECTOR MEDICO

APELLIDO/S:..... NOMBRE/S:

DOC. NRO.: /... / 01- DNI 02- LE 03- LC 04- CI 05- OTRO NACIONALIDAD:.....

MATRICULA NRO.:TIPO: /... / 01- NACIONAL 02- PROVINCIAL ESPECIALIDAD:

CALLE: NRO:..... PISO:..... DTO:

LOCALIDAD: C.P.: PARTIDO:

PROVINCIA:..... TEL. PART.:.....

MAIL:.....

TRASPLANTE

HABILITACION PARA: ABLACION IMPLANTE

DADORES: VIVOS CADAVERICOS 1- PEDIATRICOS 2-ADULTOS 3-AMBOS

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 01- RIÑON Y URETER | 7- OIDO MEDIO EXTERNO | 13- HIGADO-PANCREAS |
| 02- HIGADO | 8- DURAMADRE | 14- INTESTINO-PANCREAS |
| 03- CORAZON, VASOS Y VALVULAS | 9- ORGANOS DENTARIOS | 15- HIGADO-INTESTINO |
| 04- PULMON | 10- ELEMENTOS P/SIST. NERVIOSO PERIF | 16- MEDULA OSEA ALOGENICO-AUTOLOGO * |
| 05- PANCREAS | 11- CORAZON-PULMON | 17- HUESO Y SIST. OSTEOARTICULAR |
| 06- INTESTINO | 12- HIGADO-PANCREAS-INTESTINO | 18- CORNEAS Y ESCLERAS |
| | | 19- PIEL |
| | | 20- OTRO |

* Deberá adjuntar además Anexo II

DOCUMENTACION QUE ACOMPAÑA

NOTA DE ELEVACION

ANEXO I DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

La Plata, dede 20.....

 Firma y sello del Director
 del Establecimiento

 Firma y sello del Jefe de Equipo