CUCAIBA
Centro Unico Coordinador de Ablación e implante de la Provincia de Buenos Aires

Ministerio de Salud

Buenos Aires LA PROVINCIA

HABILITACION DE PROFESIONALES PARA TRASPLANTES

EXPTE. Nro. ……

MEDICO PROPUESTO

APELLIDO/S:…….....……..……
NOMBRE/S: ……....……..……..
DOC. NRO.: …… /… / 01- DNI 02- LE 03- LC 04- CI 05- OTRO NACIONALIDAD: /… /1- ARGENT 2- EXTRANJ
ESPECIALIDAD:……MATRICULA NRO.: …..……..TIPO: /… / 01- NACIONAL 02- PROVINCIAL
DOMICILIO: CALLE: …… Nº…….. LOCALIDAD: ……. C.P ……
PARTIDO: …… PROVINCIA:……..
TELEFONO:…… CELULAR: ……..
E-MAIL:…….....……..……

GESTIONA AUTORIZACION EN CALIDAD DE

☐ JEFE DE EQUIPO ☐ SUBJEFE DE EQUIPO ☐ INTEGRANTE DE EQUIPO

DEPENDIENTE DE ESTABLECIMIENTO ☐ PUBLICO ☐ PRIVADO ☐ OTROS

NOMBRE OFICIAL DEL ESTABLECIMIENTO DONDE REALIZARÀ LAS PRACTICAS DE TRASPLANTE

……..…….....……..……

HABILITACION PARA TRASPLANTE DE ☐ ABLACION ☐ IMPLANTE

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

TIPO DE TRASPLANTE ☐ 1- PEDIATRICOS ☐ 2-ADULTOS ☐ 3-AMBOS

ESTABLECIMIENTO: …….. COD. SAMO ……..

DOCUMENTACION QUE ACOMPAÑA

- ☐ FOTOCOPIA AUTENTICADA DE TITULO PROFESIONAL
- ☐ FOTOCOPIA AUTENTICADA DE TITULO ESPECIALISTA
- ☐ ANTECEDENTES PROFESIONALES
- ☐ CERTIFICADO DE ETICA CON INDICACION DE LA ESPECIALIDAD, EXPEDIDO POR EL COLEGIO DE MEDICOS DEL DISTRITO CORRESPONDIENTE.

La presente solicitud reviste a todos los efectos el carácter de declaración jurada.
Declaramos conocer y aceptar las normas legales vigentes sobre ablación e implante de órganos y tejidos.-

La Plata, …… de ……de 20……

SOLICITANTE:

_____ FIRMA _____ ACLARACION

JEFE DE EQUIPO _____ FIRMA _____ ACLARACION

DIRECTOR ESTABLECIMIENTO: _____ FIRMA _____ ACLARACION