

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE ABLACIÓN Y TRASPLANTE - I N A T
A 15. CERTIFICACIÓN DE RECHAZO

Fecha ___ / ___ / ___

Reg. No. _____

El presente Certificado pertenece al Proceso de Donación de fecha _____, y de acuerdo a los criterios de distribución el órgano/tejido fue asignado al _____. En la presente el Equipo de Trasplante o Centro de Diálisis certifica los rechazos efectuados ante el ofrecimiento del órgano o tejido para sus pacientes durante la distribución.

Datos del Donante

Tipo de donante: DV - DF Código de Identificación. _____ Edad _____

Fecha de Captación _____ Centro de Captación: _____

Localidad _____ Motivo/Causa de Muerte: _____

Motivo del Rechazo:

Institución que rechaza: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Programa de Trasplante: _____

Firma y aclaración del Médico Responsable: _____

INAT – Capitan Lombardo c/ Santísimo Sacramento
Tel. (595 21) 286 337 e-mail: inatpy@gmail.com