

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE ABLACIÓN Y TRASPLANTE - I N A T
A 16. CERTIFICACIÓN DE IMPLANTE

Fecha ___ / ___ / ___

Reg. No. _____

Datos Generales del paciente

Apellido _____ Nombre _____ C.Id. No. _____

Sexo ___ E. Civil _____ Edad ___ Fecha Nac. ___/___/___ Nacionalidad _____

Dirección particular _____ Tel. _____ Ciudad _____

Inscripción en Lista de Espera _____ Órgano y/o tejido recibido _____ Lado _____

Datos del Donante

Tipo de donante: DV - DF C.I.N° _____ **Fecha de Nac.** _____ **Edad** _____

Fecha de Captación _____ **Centro de Captación:** _____

Localidad _____ **En caso de DV indicar relación:** _____

Profesional responsable del paciente

Apellido _____ Nombre _____ C.Id. No. _____

Matrícula Prof. No. _____ Especialidad _____

Ciudad _____ Teléfono _____ T.Cel. _____

E-mail _____ Firma _____

Centro de Trasplante: _____ **Dirección** _____

Ciudad _____ Teléfono _____

Evolución del Trasplante:

Función inmediata del Implante: _____

Respuesta en 24 horas: _____

Tratamiento inmunosupresor: _____

Firma y aclaración del Médico responsable: _____

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