

# MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

## INSTITUTO NACIONAL DE ABLACIÓN Y TRASPLANTE - I N A T

### A2. REGISTRO DE RECEPTORES POTENCIALES (LISTA DE ESPERA)

A2.4. TEJIDO: CÓRNEAS

LE-R 1/2

Doc. Ident. No. \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_ Fecha de Inscripción \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Reg. No. \_\_\_\_\_

#### Datos del paciente

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_ Eo. Civil \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Fecha Nac. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Dirección particular \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Departamento o Distrito \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ T.Cel. \_\_\_\_\_

Casilla Postal \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Dirección laboral \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Departamento o Distrito \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ T.Cel. \_\_\_\_\_

Casilla Postal \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

#### Seguro Médico

Privado \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Telf / Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Social \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Telf / Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

#### Referencias adicionales al paciente

Dirección \_\_\_\_\_ Pariente \_\_\_\_ Vecino \_\_\_\_ Destacamento Policial \_\_\_\_

No. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Departamento o Distrito \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

#### Profesional responsable del paciente

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_ C.Id. No. \_\_\_\_\_

Matrícula Prof. No. \_\_\_\_\_ Dirección profesional \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ T.Cel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

#### Centro de Trasplante

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ T.Cel. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

#### Jefe de Equipo

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_ Matrícula: Tipo \_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_

**Solicitud de:** Córnea \_\_\_\_ Esclera \_\_\_\_  
Primera vez Reinjerto

Ojo Der.

Ojo Izq.

#### Injertos Previos

Trasplantado: Si No Fecha

Ojo Der. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ojo Izq. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

INAT – Capitan Lombardo c/ Santísimo Sacramento

Telf. (595 21) 286337 E-mail: [inatpy@gmail.com](mailto:inatpy@gmail.com)

