

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

