

ACTA DE COMPROMISO

Atención de pacientes en el Post-Trasplante de Medula Ósea

Los abajo firmantes se comprometen a hacer seguimiento y el tratamiento que corresponda a los pacientes a los que se les realizaron trasplante de Medula Ósea en el marco del convenio institucional entre el IPS y el MSP y BS, en su Hospital (desde el cual fue remitido el paciente para la realización del mismo).

1)

Médico Tratante

Nombre y Apellido:

Cl. Nro.: _____

RP Nro.: _____

Firma:

Fecha:

M 1)

Jefe de Servicio

Nombre y Apellido:

Cl. Nro.: _____

RP Nro.: _____

Firma:

Fecha:

1).Director del Hospital

Nombre y Apellido:

Cl. Nro.: _____

RP Nro.: _____

Firma:

Fecha: