

Autorización para profesionales y equipos profesionales. Ley 27.447

La presente reviste carácter de declaración jurada

Datos del solicitante

Apellido/s:

Nombre/s:

Tipo de documento: DNI DNIM DNIF LE LC CI Pasaporte Número:

Tipo y N° de matrícula: Especialidad médica:

Domicilio

Calle: Nro: Piso: Dpto:

Localidad: Provincia:

Partido/departamento: CP:

Teléfono fijo: Tel. celular:

Correo Electrónico:

Gestiona autorización en calidad de

- Jefe de Equipo Sub Jefe de Equipo Integrante de Equipo Médico Referente
 Jefe de Laboratorio Sub Jefe de Laboratorio HLA Integrante de Laboratorio HLA Médico Ablacionista

Dependiente de establecimiento

- Público Privado Otro

Nombre oficial del establecimiento donde realizará las prácticas de trasplante:

Autorización para

- ABLACIÓN IMPLANTE
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Riñón y Uréter | <input type="radio"/> Páncreas y Renopáncreas | <input type="radio"/> Membrana Amniótica |
| <input type="radio"/> CPH Autólogo y Alogénico Relacionado Histoiéntico | <input type="radio"/> Intestino | <input type="radio"/> Homoinjertos valvulares, Vasculares y Otros Tejidos |
| <input type="radio"/> CPH No Relacionado y Relacionado Haploidéntico | <input type="radio"/> Piel | <input type="radio"/> Laboratorio HLA |
| <input type="radio"/> Hígado | <input type="radio"/> Córneas | <input type="radio"/> ----- |
| <input type="radio"/> Corazón | <input type="radio"/> Esclera | <input type="radio"/> ----- |
| <input type="radio"/> Pulmón | <input type="radio"/> Tejido musculoesquelético y osteoarticular | <input type="radio"/> ----- |

Tipo de Trasplante Adulto Pediátrico

Declaramos conocer y aceptamos las normas legales y administrativas vigentes sobre ablación de órganos, tejidos y células

Lugar:

Fecha: / / (dd/mm/aaaa)

Solicitante: -----
Firma

Aclaración

Jefe de Equipo: -----
Firma

Aclaración

Director del Establecimiento: -----
Firma

Aclaración