



EXPEDIENTE N°: _____

AUTORIZACIÓN PARA PROFESIONALES Y EQUIPOS PROFESIONALES

LEY 24.193 Y DECRETO 512/95

LA PRESENTE REVISTE CARACTER DE DECLARACIÓN JURADA

1.- DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO/S: _____ NOMBRE/S: _____

DOCUMENTO NÚMERO: _____ 1-DNI 2-LE 3-LC 4-CI 5-OTROS

TIPO Y N° DE MATRÍCULA: _____ ESPECIALIDAD MÉDICA: _____

DOMICILIO: CALLE: _____ NRO.: _____

LOCALIDAD: _____ C.P.: _____ PARTIDO O DEPARTAMENTO: _____

PROVINCIA: _____ REGIÓN: _____

TELÉFONO/S: _____ FAX: _____

2.- GESTIONA AUTORIZACIÓN EN CALIDAD DE:

JEFE DE EQUIPO SUB JEFE DE EQUIPO INTEGRANTE DE EQUIPO

DEPENDIENTE DE ESTABLECIMIENTO: PÚBLICO PRIVADO OTROS

NOMBRE OFICIAL DEL ESTABLECIMIENTO DONDE REALIZARÁ LAS PRÁCTICAS DE TRASPLANTE: _____

3.- AUTORIZACIÓN PARA:

ABLACIÓN **IMPLANTE**

1) RIÑÓN Y URETER,	8) PIEL	15) HUESOS Y SIST. OSTEOARTICULAR
2) MÉDULA ÓSEA	9) CÓRNEAS Y ESCLERA	16) _____
3) HÍGADO	10) OIDO MEDIO Y EXTERNO	17) _____
4) CORAZÓN, VASOS Y VÁLVULAS	11) DURAMADRE	18) _____
5) PULMÓN	12) ORG. DENTARIOS, ERUPC. Y NO ERUP.	19) _____
6) PÁNCREAS	13) ELEM. SIST. NERV. PERIFÉRICO	20) _____
7) INTESTINO	14) CORAZÓN - PULMÓN.	21) _____

TIPO DE TRASPLANTE: PEDIÁTRICO ADULTO.

4.- DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA

FOTOCOPIA AUTENTICADA DE TÍTULO PROFESIONAL.

FOTOCOPIA AUTENTICADA DE TÍTULO DE ESPECIALISTA.

ANTECEDENTES PROFESIONALES EN CASTELLANO COMPUESTO DE _____ FOJAS.

5.- DECLARAMOS CONOCER Y ACEPTAMOS LAS NORMAS LEGALES Y ADMINISTRATIVAS VIGENTES SOBRE ABLACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS:

LUGAR: _____ FECHA: ____/____/____

SOLICITANTE: _____ FIRMA _____ ACLARACIÓN _____

JEFE DE EQUIPO: _____ FIRMA _____ ACLARACIÓN _____

DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO: _____ FIRMA _____ ACLARACIÓN _____

