



Ministerio de Salud y Acción Social

TRASPLANTE DE ÓRGANOS

ncucaí

AUTORIDAD NACIONAL RESPONSABLE

SECCIÓN A

EXPEDIENTE N°: _____

**HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES A
LOS FINES DE LA LEY 24.193 Y DECRETO 512/95**
LA PRESENTE REVISTE CARACTER DE DECLARACIÓN JURADA

1.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO _____

NOMBRE OFICIAL REGISTRADO: _____

DOMICILIO: CALLE: _____ NRO.: _____

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

PROVINCIA: _____ REGIÓN: _____

TELÉFONO/S: _____ FAX: _____

ÁMBITO DEL ESTABLECIMIENTO:

- | | | |
|-------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NACIONAL | <input type="checkbox"/> FUERZAS ARMADAS | <input type="checkbox"/> DE COMUNIDAD |
| <input type="checkbox"/> PROVINCIAL | <input type="checkbox"/> FUERZAS DE SEGURIDAD | <input type="checkbox"/> OTRO: _____ |
| <input type="checkbox"/> MUNICIPAL | <input type="checkbox"/> OBRAS SOCIALES | _____ |
| <input type="checkbox"/> PRIVADO | <input type="checkbox"/> UNIVERSITARIO | _____ |

2.- GESTIONA HABILITACIÓN PARA TRASPLANTE DE: _____

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

3.- DIRECTOR MÉDICO _____

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: _____ N°: _____ PISO: _____ DTO.: _____

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

PROVINCIA: _____

4.- DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA _____

- NOTA DE ELEVACIÓN.
- DETALLE DE ESTRUCTURA FÍSICA SEGÚN REGLAMENTACIÓN.
- DETALLE DE EQUIPAMIENTO SEGÚN REGLAMENTACIÓN.
- NÓMINA DEL PERSONAL PROFESIONAL SEGÚN REGLAMENTACIÓN

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL DIRECTOR MÉDICO

