



VERSIÓN 03

CÓDIGO DEL DONANTE:

FECHA:

DÍA

MES

AÑO

UNIDAD MÉDICA DONANTE:

COORDINADOR/A DE TRASPLANTES:

CORAZÓN

Hospital Trasplantador:

Fecha / Hora de entrega:

Observaciones:

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

PULMÓN DERECHO

Hospital Trasplantador:

Fecha / Hora de entrega:

Observaciones:

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

PULMÓN IZQUIERDO

Hospital Trasplantador:

Fecha / Hora de entrega:

Observaciones:

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

HÍGADO

Hospital Trasplantador:

Fecha / Hora de entrega:

Observaciones:

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

RIÑÓN DERECHO

Hospital Trasplantador:

Fecha / Hora de entrega:

Observaciones:

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

RIÑÓN IZQUIERDO

Hospital Trasplantador:

Fecha / Hora de entrega:

Observaciones:

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):

PÁNCREAS

Hospital Trasplantador:

Fecha / Hora de entrega:

Observaciones:

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Entrega):

Nombre / Apellido

Firma y Sello (Recibe):