

	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN DE PROFESIONALES PARA TRASPLANTE CARDIACO		FECHA: 25-09-2023	
			CÓDIGO: RG-INDOT-534	
	Versión: 02		PÁGINA: 1 de 2	
PUBLICADO ☒	EN ANÁLISIS ☐	BORRADOR ☐		

FORMULARIO 003.CAR

1. DATOS DEL PROFESIONAL

1. DATOS DEL PROFESIONAL	
Nombre y Apellidos:	
N° de Cédula de Identidad:	
Fecha de nacimiento:	
N° de Registro SENESCYT:	
Especialidad:	
N° de registro SENESCYT	
Domicilio: Ciudad:	Cantón:
Calle principal:	Número:
Calle secundaria:	Código Postal:
Teléfonos:	
Correo electrónico:	
Acreditación:	Reacreditación:

FOTO

2. SOLICITUD						
Tipo de trasplante	Ablación	Evaluación pretrasplante	Seguimiento postrasplante	Implante	Adulto	Pediátrico
Cardíaco						

Escoja la función específica en el equipo de trasplante que desarrollará, dentro de las siguientes opciones:	
Líder del equipo de trasplante	
Líder del equipo de procuración	
Coordinador/a Intrahospitalario de Trasplante	
Cirujanos Cardiovasculares o Cardiotorácicos	
Cardiólogo clínico	
Rehabilitador cardíaco	
Cardiólogo Hemodinamista	
Cardiólogo Ecocardiografista	
Anestesiólogo	
Médico Intensivista	
Infectólogo	
Psiquiatra o Psicólogo/a	
Perfusionista	
Lic. en Enfermería	
Lic. Trabajo Social	
Profesional del equipo de procuración	
Otro:	

3. LISTA DE CHEQUEO DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA		
DOCUMENTOS	SI	NO
1. Hoja de vida actualizada en donde conste el número de documento de identificación y pasaporte en caso de ser pertinente.		

Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células INDOT  República del Ecuador	SOLICITUD DE ACREDITACIÓN O REACREDITACIÓN DE PROFESIONALES PARA TRASPLANTE CARDIACO	FECHA: 25-09-2023
	Versión: 02	CÓDIGO: RG-INDOT-534
	PUBLICADO ☒ EN ANÁLISIS ☐ BORRADOR ☐ ☐	PÁGINA: 2 de 2

2.	Documentos que avalan formación y/o experiencia en donación y trasplante cardiaco, de acuerdo a perfil detallado en el Instructivo de acreditación correspondiente.	
3.	Contrato legalizado con la institución o documento que avale relación contractual con el establecimiento	

4. REACREDITACIÓN	SI	NO
Record quirúrgico y/o clínico, con listado de cirugías de ablación y trasplante (para cirujanos de trasplante) y listado de pacientes al cuidado y atención (para médicos cardiólogos) por cada profesional.		

5. COMPROMISO DE PARTICIPACIÓN	SI	NO
Se compromete usted a formar parte del equipo de donación y trasplante de córnea y garantizar su dedicación de manera preferencial y de acuerdo al requerimiento del programa.		

En....., a..... de..... del.....

Nombre, firma y sello del profesional solicitante

Nombre, firma y sello del Director Médico / Gerente del Establecimiento de Salud