



CENTRO ESTATAL  
DE TRASPLANTES



## TRASLADO DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS CON FINES DE TRASPLANTE

\_\_\_\_\_, S.L.P., \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del \_\_\_\_

A quien corresponda:

Por medio del presente hago constar que una vez que el Comité Interno de Trasplantes del Hospital \_\_\_\_\_ ha asignado la distribución de órganos y tejidos, se informa a CETRA del traslado de los siguientes órganos, tejidos y células con fines de trasplante: \_\_\_\_\_

Iniciales del donador: \_\_\_\_\_ del grupo sanguíneo \_\_\_\_ de \_\_\_\_ años de edad, del sexo: \_\_\_\_\_.

Fecha y hora de extracción: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_:\_\_\_\_ hrs.

La persona que realizará el traslado, de nombre \_\_\_\_\_

Se identifica oficialmente con \_\_\_\_\_,  
representando al Hospital/Institución que recibirá el traslado, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ localizado en \_\_\_\_\_.

Se ha descartado riesgo sanitario a través de las siguientes pruebas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
ENTREGA: COORDINADOR HOSPITALARIO  
DE TRASPLANTES

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA  
RECIBE: RESPONSABLE DE TRASLADO