

CENTRO ESTATAL DE TRASPLANTES DE SAN LUIS POTOSÍ

Aviso de Distribución de Órganos y Tejidos

Fecha: _____

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO RECEPTOR

- Nombre del establecimiento: _____
- RNT: _____
- Ubicación (domicilio completo): _____
- Municipio: _____ Estado: _____
- Teléfono de contacto: _____

II. DATOS DEL ÓRGANO O TEJIDO

- Órgano o tejido a distribuir: _____
- Iniciales del donador: _____
- Edad: _____
- Sexo: M F Otro _____
- Tipo sanguíneo: _____
- Diagnóstico de defunción: _____
 Médico Médico-Legal

III. DATOS DE PROCEDENCIA

- Hospital de procedencia: _____
- Entidad federativa de origen: _____
- Fecha y hora de procuración: _____
- Fecha y hora de salida: _____

IV. MEDIO DE TRANSPORTE

Tipo de traslado:

- Terrestre
 Aéreo

A) En caso de transporte terrestre

- Tipo de vehículo: Sedán SUV Ambulancia Otro: _____
- Marca y modelo: _____
- Color: _____
- Placas: _____
- Institución a la que pertenece: _____

B) En caso de transporte aéreo

- Tipo de aeronave: Avión Helicóptero
- Matrícula: _____
- Empresa / institución: _____
- Aeropuerto de salida: _____
- Aeropuerto de llegada: _____

V. RESPONSABLES DEL TRASLADO (Agregar todos los que intervengan)

Nombre completo: _____

Cargo: _____

Institución: _____

Número de identificación oficial: _____

Teléfono: _____

Nombre completo: _____

Cargo: _____

Institución: _____

Número de identificación oficial: _____

Teléfono: _____

Nombre y firma del/La Presidente /a
del Comité Interno de Trasplantes y/o
Responsable Sanitario



Nombre y firma del/La
responsable del Programa

Sello de la institución

