



CERTIFICACIÓN DE APLICACIÓN DE TEJIDO SUMINISTRADO

I.- UNIDAD RECEPTORA

NOMBRE DE LA UNIDAD : (1)	FECHA: (2)
DIRECCIÓN: (3)	TELÉFONO: (4)
NOMBRE DEL RESPONSABLE: (5)	

II.- TEJIDO ENTREGADO (6)

CORNEA <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> D	PARCHE TECTÓNICO <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> D	AMNIOS <input type="checkbox"/>	PIEL <input type="checkbox"/>	TENDÓN <input type="checkbox"/>	LIGAMENTO <input type="checkbox"/>
EPÍFISIS <input type="checkbox"/>	CORTICAL <input type="checkbox"/>	ESPONJOSO <input type="checkbox"/>	POLVO <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>	_____
DIMENSIONES:	NO. DE SERIE:	LOTE:			

III.- APLICACIÓN

NOMBRE DEL RECEPTOR: (7)	ID-RNT: (8)	EDAD: (9)	GÉNERO: (10) MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO: (11)			
NO. DE EXPEDIENTE: (12)	FECHA DE APLICACIÓN: (13)	HORA DE APLICACIÓN: (14)	
PORCENTAJE DE APLICACIÓN: (15)		PORCENTAJE DE DESTRUCCIÓN: (16)	

IV.- CIRUJANO QUE APLICÓ EL TEJIDO

NOMBRE: (17)	NO. DE CEDULA PROFESIONAL: (18)
ESPECIALIDAD: (19)	TELÉFONO: (20)

(21)

NOMBRE Y FIRMA

INSTRUCTIVO PARA LLENAR EL FORMATO:

Certificación de Aplicación de Tejido Suministrado.

No	CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
I.- UNIDAD RECEPTORA		
1	NOMBRE DE LA UNIDAD	Anotar el nombre del hospital público o privado que recibe el tejido.
2	FECHA:	Indicar el día, mes, año en que se hace entrega del tejido y documentación al hospital público o privado.
3	DIRECCIÓN	Indicar la ubicación de la Institución Médica Pública y/o Privada a la que se le entrega el tejido colocando: Calle, número, Colonia, Código Postal, Población.
4	TELEFONO	Escribir el número telefónico con clave lada y extensión de la Unidad Médica Pública y/o Privada.
5	NOMBRE DEL RESPONSABLE	Anotar el nombre completo de la persona a la que se le entrega el tejido.
II.- TEJIDO ENTREGADO		
6	TEJIDO ENTREGADO	Marcan con una "x" en el recuadro correspondiente el tejido entregado, así como las dimensiones, No. De Serie y Lote.
III.- APLICACIÓN		
7	NOMBRE DEL RECEPTOR	Escribir el nombre completo de paciente receptor (nombre (s), apellido paterno, apellido materno)
8	ID-RNT	Escribir número de registro otorgado por el Centro Nacional de Trasplantes, de inclusión en la Base de Datos de paciente en espera de un trasplante.
9	EDAD	Indicar la edad en años del paciente receptor del tejido.
10	GÉNERO	Marcar con una "x" en el recuadro correspondiente el género al que pertenece el paciente receptor del tejido.
11	DIAGNOSTICO	Anotar el diagnóstico del paciente receptor por el cual se solicita el suministro del tejido.
12	NO. DE EXPEDIENTE	Indicar el número de expediente asignado por la institución pública o privada al paciente receptor
13	FECHA DE APLICACIÓN	Anotar el día, mes y año en que se realizó la aplicación del tejido al paciente receptor.
14	HORA DE APLICACIÓN	Escribir la hora en que se realizó la aplicación del tejido al paciente receptor.
15	PORCENTAJE DE APLICACIÓN	Indicar el porcentaje de aplicación del tejido al paciente receptor.
16	PORCENTAJE DE DESTRUCCIÓN	Anotar el porcentaje de desecho del tejido cuando no se aplicó en su totalidad.
IV.- CIRUJANO QUE APLICÓ EL TEJIDO		
17	NOMBRE	Escribir nombre, apellido paterno, apellido materno, del médico que realizo la aplicación del tejido.
18	No. DE CEDULA PROFESIONAL	Indicar el número de cédula profesional del médico que realizo la aplicación del tejido
19	ESPECIALIDAD	Anotar la especialidad del médico que realizo la aplicación del tejido.
20	TELÉFONO	Escribir el número telefónico de contacto del médico que realizo la aplicación del tejido.
21	NOMBRE Y FIRMA	