

Habilitación de establecimientos asistenciales a los fines de la Ley 24.193 y Decreto 512/95

La presente reviste carácter de declaración jurada

Datos del establecimiento

Nombre oficial registrado:

Domicilio

Calle: Nro:

Localidad: Provincia:

Partido/departamento: CP:

Teléfono fijo: Teléfono celular:

Correo Electrónico: Web:

Ámbito del establecimiento

- | | | | |
|----------------------------------|--|--------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Nacional | ☐ Privado | ☐ Obras Sociales | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Provincial | ☐ Fuerzas Armadas | ☐ Universitario | _____ |
| ☐ Municipal | ☐ Fuerzas de Seguridad | ☐ De Comunidad | _____ |

Gestiona habilitación para:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ ABLACIÓN | ☐ IMPLANTE | | |
| ☐ Riñón y Uréter | ☐ Páncreas y Renopáncreas | ☐ Membrana Amniótica | |
| ☐ CPH Autólogo y Alogénico Relacionado | ☐ Intestino | ☐ Homoinjertos Valvulares, Vasculares y Otros Tejidos | |
| ☐ CPH Alogénico no Relacionado | ☐ Piel | ☐ Laboratorio HLA | |
| ☐ Hígado | ☐ Córneas | ☐ _____ | |
| ☐ Corazón | ☐ Esclera | ☐ _____ | |
| ☐ Pulmón | ☐ Tejido Musculoesquelético y Osteoarticular | ☐ _____ | |

Tipo de Trasplante: ☐ Adulto ☐ Pediátrico

Director médico

Apellido/s:

Nombre/s:

Tipo de documento: ☐ DNI ☐ DNIM ☐ DNIF ☐ LE ☐ LC ☐ CI ☐ Pasaporte Número:

Tipo y número de matrícula: Especialidad médica:

Domicilio

Calle: Nro: Piso: Dpto:

Localidad: CP:

Partido/departamento: Provincia:

Documentación que acompaña

- ☐ Nota de elevación
- ☐ Detalle de estructura física según reglamentación
- ☐ Detalle de equipamiento según reglamentación
- ☐ Nómina del personal profesional según reglamentación

Director Médico:

Firma

Aclaración