

## REGISTRO DE FIRMAS PROGRAMAS DE TRASPLANTE

Fecha de envío: \_\_\_\_\_

A JEFE/COORDINADOR DE TRASPLANTE: \_\_\_\_\_

DE: SECCIÓN HISTOCOMPATIBILIDAD, INSTITUTO DE SALUD PUBLICA

Con objeto de mantener un adecuado registro de firmas de responsabilidad solicito a Ud. indique por escrito y a la brevedad a los médicos, enfermeras u otros profesionales autorizados por su centro de trasplante para solicitar exámenes, resultados y realizar activación y desactivación de pacientes. Así como también el jefe de programa.

| PROGRAMA DE TRASPLANTE | NOMBRE (indicando profesión) | RUT | FIRMA |
|------------------------|------------------------------|-----|-------|
|                        |                              |     |       |
|                        |                              |     |       |
|                        |                              |     |       |
|                        |                              |     |       |
|                        |                              |     |       |
|                        |                              |     |       |
|                        |                              |     |       |
|                        |                              |     |       |
|                        |                              |     |       |

Nota: Enviar respuesta a [histocom@ispch.cl](mailto:histocom@ispch.cl)