**1.- DATOS GENERALES DEL RECEPTOR.**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO: | |
| EDAD: | SEXO: |
| FECHA DE NACIMIENTO: | |
| LUGAR DE NACIMIENTO: | |
| DOMICILIO ACTUAL: | |
| IDENTIFICACIÓN OFICIAL: | |

**2.- DaTos DE HOSPITALIZACIÓn**.

|  |
| --- |
| NUMERO DE FOLIO O EXPEDIENTE: |
| NUMERO CAMA: |
| MEDICO RESPONSABLE: |
| CEDULA PROFESIONAL DEL MEDICO RESPONSABLE: |
| NOMBRE DE QUIEN SOLICITA EL TEJIDO: |
| CEDULA PROFESIONAL DEL MEDICO SOLICITANTE: |

**3.- INFORMACIÓN CLíNICA del paciente:**

|  |  |
| --- | --- |
| DIAGNÓSTICO DE INGRESO: | |
| DIMENSIÓN DEL TEJIDO AFECTADO: | |
| PROCESOS INFECCIOSOS AGREGADOS: | |
| ESQUEMA ANTIBIÓTICO: | |
| ALERGIAS: | |
| GRUPO SANGUÍNEO Y FACTOR RH DEL TEJIDO SOLICITADO: | |
| FECHA DE PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA: | |
| NÚMERO DE ALOINJERTOS SOLICITADOS: | |
| DIMENSIÓN APROXIMADA DE LOS ALOINJERTOS REQUERIDOS: | |
| NÚMERO DE TEJIDOS SOLICITADOS: | |
| HORA DE LIBERACIÓN: | |
| **NOTA:**   * La presente solicitud deberá estar acompañada del resumen clínico del paciente y firmada por el Jefe de Servicio. * Esta solicitud debe enviarse preferentemente con 48 horas de anticipación para programar el descongelamiento de los tejidos. * Considere que el proceso de descongelamiento requiere tres horas de preparación. | |
|  | |
| **NOMBRE Y FIRMA DEL**  **JEFE DE SERVICIO** | **NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO SOILICTANTE** |

**Aviso de Privacidad:** El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, garantiza el derecho que tiene toda persona a la protección de sus datos personales recabados en este formulario, los cuales serán de uso exclusivo para el formulario de solicitud de aloinjerto osteotendinoso, como lo establece el art. 25 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.