**CÉDULA DE EGRESO DE TEJIDO OSTEOTENDINOSO**

**Folio: ORTO-000-2023**

**1.- INFORMACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FECHA DE PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍA: |  | **/** |  | **/** |  |
| NÚMERO DE ALOINJERTOS ENTREGADOS:  |  |
| DIMENSIÓN APROXIMADA DEL ALOINJERTO REQUERIDA EN CM:  |
| FECHA Y HORA DE LIBERACIÓN: | / |  | / |  |  | : |  | **Hs** |
| **OBSERVACIONES:** |
| SE ENVIA: **UN CONTENEDOR** **CON UN** **TOTAL DE**  | **\_\_\_\_\_** | **ALOINJERTO** |
| DEL FOLIO: **BPYT- - -** **EN TOTAL:** **DEL GRUPO SANGUINEO** **“ ” ( ).**TEJIDO DESCONGELADO A 37º C Y LAVADO EN SOLUCIÓN SALINA Y ANTIBIÓTICOS. |

**2.- DaTos GENERALES DEL RECEPTOR**.

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE:  |  |
| EDAD**:** |  | **AÑOS** | SEXO: |  | F. NAC: |  | **/** |  | **/** |  |
| NUMERO DE FOLIO O EXPEDIENTE:  | **N- /** |
| NUMERO CAMA: |  |
| MEDICO SOLICITANTE:  |  | CED. PROF. |  |
| MEDICO RESPONSABLE:  |  | CED. PROF. |  |
| JEFE DE LA UNIDAD DE:  |  | CED. PROF. |  |

**BANCO DE PIEL Y TEJIDOS**

**ENTREGÓ**

**QUIRÓFANO**

**RECIBIÓ**

**DR. FRANCISCO MARTÍNEZ-F**

**JEFE DEL BANCO DE PIEL Y TEJIDOS**

**AUTORIZÓ**

**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.