



SOLICITUD DE HEMOCOMPONENTES



FORM PROM 02

Versión 01

2011/01

Página 1 de 1

A llenar por el secretario:

Fecha de la Solicitud

Nombre de la Organización Solidaria / Nombre del Coordinador

Nombre del socio titular (donante) de la Organización / C.I.

Nombre del donante subrogante (si hubiera) / C.I.

Aporte del 15% de un donante solidario

Nombre y C.I del Beneficiario (paciente)

Institucion Medica

Fecha de cirugia o de internación

Diagnostico primario

Grupo sanguineo Beneficiario

Cantidad y tipo de Hemocomponente solicitado

A llenar por el Servicio Nacional de Sangre:

NUMERO FORMULARIO

Cantidad y tipo de Hemocomponente autorizado	
Contacto Institucion Medica	
Confirmacion diagnostica	
Nº de boleta (CC)	
Autorizado por Dr:	
OBSERVACIONES	