

Banco de origen:	Comunidad de Madrid	Castilla la Mancha	Castilla y León
------------------	---------------------	--------------------	-----------------

Hospital

Hospital y servicio asistencial

Indicación Médica

Dirección de entrega

Cliente para facturación

Fecha de la cirugía

Persona de contacto en cirugía

Teléfono / Email

Pegatina injerto

Código

SEC

Pegatina paciente

NHC:

Género

☐

Masculino

☐

Femenino

Edad

Estatura

Peso

Aloinjerto

Tejido corneal

☐

Córnea

☐

Injerto DMEK

Tejido escleral

☐

Esclera

☐

Completa

☐

Bisecada

Asegurado y Sociedad Médica

Póliza y Número de Autorización

Requerimientos adicionales

Población

, a

Fecha

Cirujano Titular/Responsable del Implante

Firma

