



REGISTRO DE UTILIZACIÓN DE TEJIDOS

*Escribe aquí el
Número de Tejido*

*Escribe aquí el
Número de Tejido*

*Escribe aquí el
Número de Tejido*

NOMBRE DEL RECEPTOR:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

SEXO:

DIAGNÓSTICO:

HOSPITAL:

FECHA DE TRANSPLANTE:

CIUDAD:

ESTADO:

CP:

TELÉFONO:

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO:

DURACIÓN DE LA CIRUGÍA:

ANTIBIÓTICOS:

MÉTODO DE FIJACIÓN:





COMENTARIOS:

MÉDICO RESPONSABLE:

DIRECCIÓN DE CONSULTORIO:

TELÉFONO:

CELULAR:

NEXTEL:

FAX:

EMAIL:

POR DISPOSICIONES DE LA SECRETARÍA DE SALUD EN MÉXICO, ES NECESARIA LA DEVOLUCIÓN DE ESTE DOCUMENTO AL BANCO DE HUESO A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE VÍA FAX, EMAIL O POR CORREO.

