



COLEGIO DE BIOQUÍMICOS DE TUCUMÁN

Av. República del Líbano 978
(4000) S. M. de Tucumán
0381-4330805
colbioquimicos@cobituc.org.ar



Delegación Sur - San Martín 1834
(4146) Concepción - Tucumán
Administración Tel. 03865-425069
delegacionsur@cobituc.org.ar

SR PRESIDENTE

COLEGIO DE BIOQUÍMICOS DE LA PROVINCIA DE TUCUMAN

PRESENTE



Mediante la presente solicito autorización para efectuar la práctica PRP, PPP y/o componentes derivados, según los siguientes datos:

- Detalle del equipamiento con marca modelo y número de serie
 - Establecimiento donde realiza la práctica (especificando si se trata de centro médico, centro de estética, consultorio, clínica, sala de cirugía, consultorio odontológico u otro)
 - Resolución de Habilitación del establecimiento, otorgada por Dirección de Fiscalización Sanitaria(SIPROSA).
- Adjuntar currículum vitae del profesional bioquímico, el cual acredite formación y documentación con formación en el área.

Sin otro particular, saludo a Ud. Atte.

Firma Aclaración

MP Nº

ANEXO II Modelo de consentimiento informado sugerido

Profesional Bioquímico:

Lugar y teléfono:

Nombre y apellido del paciente:

DNI

Fecha de nacimiento:

Domicilio:

Teléfono de contacto:



COLEGIO DE BIOQUÍMICOS DE TUCUMÁN

Av. República del Líbano 978
(4000) S. M. de Tucumán
0381-4330805
colbioquimicos@cobituc.org.ar



Delegación Sur - San Martín 1834
(4146) Concepción - Tucumán
Administración Tel. 03865-425096
delegationsur@cobituc.org.ar

Correo electrónico:

Marcar con una cruz en el/los casilleros:



- Brindo mi conformidad de recibir atención bioquímica para la obtención y preparación de Plasma Rico en Plaquetas (PRP) para uso autólogo.
- Autorizo a la bioquímica/o..... MP:..... a realizar los estudios bioquímicos previos necesarios.
- necesarios y se me informe de los mismos.
- Doy fe de haber recibido toda la información necesaria del procedimiento de extracción de sangre al vacío como así sus riesgos y sus beneficios.

Fecha Firma y aclaración del paciente:

Firma y sello del profesional:

Nombre y MP del médico solicitante: