

**FORMULARIO SOLICITUD DE INGRESO/REINGRESO A PROGRAMA TRASPLANTE HEPATICO  
CON DONANTE CADAVER.**

Nombre Paciente: \_\_\_\_\_

Rut Paciente: \_\_\_\_\_ Previsión: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Tiempo de residencia (indicar cuando corresponda): \_\_\_\_\_

ABO: \_\_\_\_\_ (Debe adjuntar copia grupo sanguíneo)

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

Ciudad o Comuna: \_\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_

Servicio de Salud (indicar cuando corresponda): \_\_\_\_\_

Diagnostico: \_\_\_\_\_

(En pacientes con Carcinoma Hepatocelular (CHC) debe indicar número y tamaño lesiones)

(En pacientes en Falla hepática Fulminante (FHF) debe indicar criterios de King's College que cumple)

MELD-Na/PELD: \_\_\_\_\_

Activación/Reactivación lista de espera:

Hígado  Hígado-Riñón  Otro: \_\_\_\_\_

Centro Trasplante: \_\_\_\_\_

Médico tratante: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Fecha envío: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Responsable

-Todos los campos son de llenado obligatorio.

-Los datos entregados en este formulario son de responsabilidad del profesional que lo firma.

-Enviar copia escáner de este informe vía correo electrónico a: [hepaticoisp@ispch.cl](mailto:hepaticoisp@ispch.cl)