



**Departamento de Patologías Especiales**  
**Ley 26.928**  
**Programa de Protección Integral para Personas Trasplantadas o en**  
**Lista de Espera**

Cdad. Aut. de Buenos Aires, ..... de .....

**DATOS AFILIADO/A TITULAR**

Nombre y apellido: .....  
DNI .....  
Domicilio: (calle, depto, piso): .....  
Localidad: ..... Provincia: .....  
Teléfono ..... Celular .....  
Correo electrónico .....

---

**SOLICITA INCLUSIÓN EN PADRÓN DE AFILIADOS BENEFICIARIOS DE LA LEY**  
**26.928 DE:**

---

**DATOS BENEFICIARIO/A:**

Nombre y apellido: .....  
DNI .....  
Número de afiliado: .....  
Fecha de nacimiento: .....  
Nacionalidad: .....  
Estado Civil: .....  
Domicilio: (calle, depto, piso): .....  
Localidad: ..... Provincia: .....  
Teléfono ..... Celular .....  
Correo electrónico .....

*Responder si se encuentra en lista de espera:*

Lugar de atención:  
Diagnóstico de base:  
Fecha de diagnóstico:  
Fecha emisión certificado de INCUCAI:

*Responder si ya fue trasplantado/a:*

Lugar de atención:  
Órgano: trasplantado:  
Fecha de trasplante:  
Tipo de trasplante:     Cadavérico         Donante vivo         Autotrasplante  
                                  Otro: .....

La presente solicitud se encuentra acompañada de la siguiente documentación:

- A. Copia de la credencial extendida por INCUCAI.
- B. Certificado de diagnóstico y tratamiento efectuado por profesionales habilitados por INCUCAI.

La presentación del mismo no implica ninguna modificación de los derechos comprendidos en la Ley 26.928.

Declaro que los datos y documentos suministrados son verdaderos.

Cdad. Aut. de Buenos Aires, ..... de .....

FIRMA Y ACLARACIÓN TITULAR: