

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

Hospital ..... Servicio Asistencial .....

Dirección de entrega ..... Fecha de entrega / /

Cliente para facturación .....

Nº de historia clínica ..... Hombre  Mujer  Edad  Estatura ..... Peso .....

Indicación médica ..... Fecha de la cirugía / /

Persona de contacto en cirugía .....

Tlf: ..... Correo: .....

Pegatina identificación tejido

Pegatina identificación paciente

### Aloinjertos

#### Córnea

- Halo:  Medio  Completo  
Espesor:  Medio  Completo  
 Completo  
 Injerto DMEK

#### Anillo Intraestromal

- Forma:  Arco  Anillo  
Espesor:  Medio  Completo  
Tamaño:  6 x 1 mm  8 x 1 mm

#### Esclera

- Completa  
 Bisecada

Asegurado y Sociedad Médica: .....

Póliza y Nº de Autorización: .....

Requerimientos adicionales: .....

....., a ..... Fecha ..... Cirujano Titular/ Responsable del implantes ..... Firma .....

