**ANEXO I**

**Modelo de nota**

Lugar y fecha

SR PRESIDENTE

COLEGIO DE BIOQUIMICOS DE LA PROVINCIA DE SALTA

PRESENTE

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

* Determinar 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)
* Adjuntar curriculum vitae con formación en el área

Asimismo, declaro con carácter de Declaración jurada contar con:

* Registro de pacientes conforme Art. 6 de la Resolución 01/2023
* Registro de controles bioquímicos previos
* Registro de controles de funcionamiento del equipamiento

Sin otro particular, saludo a Ud. Atte.

Firma

Aclaración

MP Nº

**Modelo de consentimiento informado**

Profesional Bioquimico:

Lugar y teléfono:

Nombre y apellido del paciente:

DNI

Fecha de nacimiento: Domicilio:

Teléfono de contacto:

Correo electrónico:

Marcar con una cruz en el/los casilleros

Brindo mi conformidad de recibir atención bioquimica para la obtención y preparación de PRP, PPP y/o componentes derivados para uso autólogo.

 Autorizo al profesional Bioquimico …………………………………………MP Nº

……………… a realizar los estudios necesarios y se me informe de los mismos.

 Doy fe de haber recibido la información necesaria para el procedimiento de extracción de sangre al vacío como así también, sus riesgos y sus beneficios.

Fecha

Firma y aclaración del paciente:

Firma y sello del profesional:

Nombre y MP del médico solicitante: