**ANEXO V: TARJETA DE IMPLANTACIÓN DE DISPOSITIVOS MÉDICOS.**

|  |  |
| --- | --- |
| Empresa fabricante nacional o extranjero: | Dirección:  |
| Empresa importadora: | Dirección:  |
| Nombre comercial: | Marca y Modelo: | N° Registro Sanitario: | Lote/Serie: | Fecha de vto.: |
| Identificación del paciente:  |
| Establecimiento de Salud donde se realizó la implantación:  | Fecha de implantación: …./.…/…. |
| Firma y aclaración del médico responsable: | N° de Registro Profesional: |