**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: |