**REGISTRO DE PACIENTES**

**OBTENCIÓN Y/O PREPARACIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS Y PLASMA POBRE EN PLAQUETAS DE USO AUTÓLOGO**

**Lugar de realización de la práctica:**………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FECHA** | **APELLIDO, NOMBRE** | **DNI** | **ESTABLECIMIENTO DONDE SE REALIZA LA PRÁCTICA[[1]](#footnote-1)** | **PROFESIONAL QUE APLICARÁ EL PRP/PPP (NOMBRE + MATRICULA)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Consultorio médico, Clínica Estética u otra, Sala de Cirugía, Consultorio Odontológico, Sanatorio, etc [↑](#footnote-ref-1)