

Fecha: _____

A quien pueda interesar:

_____ está siendo evaluado como un posible candidato para recibir un trasplante de riñón. Por favor déjenos saber cuándo el paciente esté libre de una infección activa, señales de cáncer y haya sanado de cualquier procedimiento(s) dental(es) mayor(es) marcando la casilla correspondiente:

- El paciente está autorizado para trasplante.
- El paciente requerirá trabajo adicional (si este es el caso, por favor especifique).

Firma

Nombre de Dentista con Letra de Imprenta

Fecha