



## Solicitud de usuario y contraseña para el

# SIPaLE

*Servicio de Información para Pacientes  
en Lista de Espera para trasplante*

Montevideo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Quien suscribe, como paciente o tutor de un paciente en lista de espera para trasplante, solicita al Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células, Tejidos y Órganos (en adelante **INDT**) un usuario y contraseña para acceder al SIPaLE.

Al firmar este documento declaro que entiendo y acepto las condiciones de uso que me son explicadas en este documento; que los datos provistos son reales, de uso personal y que me haré responsable de mantener en privado tanto el usuario como la contraseña del servicio.

### Condiciones de acceso y uso del SIPaLE

El **INDT** pone a disposición de los pacientes en lista de espera de órganos (para todos los programas activos) un servicio que le permitirá ver su situación en lista de espera y el vencimiento de la seroteca (muestras sanguíneas) que debe tener en cuenta para asegurarse de participar en la mayor cantidad de procesos de asignación en los que su perfil sea compatible.

El **INDT** se reserva el derecho de revocar dicho acceso sin previo aviso en caso que lo considere necesario.

Cada paciente tendrá acceso a los siguientes datos:

- Información patronímica
- Información locativa-domicilio
- Datos de contacto (teléfono, móvil, correo electrónico)
- Información sobre el Centro de diálisis (si aplica)
- Situación actualizada del paciente en la lista de espera de órgano/s a los que esté y/o haya estado afectado.
- Histórico de estados en lista de espera (activo o en exclusión temporaria)
- Histórico de participación en procesos de asignación desde su ingreso a lista

El servicio emitirá alertas visuales cuando existan vencimientos vinculados a la situación en lista de espera del paciente para que éste pueda realizar las acciones correspondientes.

También permitirá al paciente modificar la dirección de correo electrónico vinculada a su usuario y la contraseña cada vez que lo considere necesario.

**Ningún otro dato puede ser modificado desde este servicio.**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad: \_\_\_\_\_ (adjuntar copia de ambos lados)

El paciente es menor de edad o incapaz \_\_\_ Tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono(s): \_\_\_\_\_

E-mail<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

*Firma del paciente o tutor*

<sup>1</sup> No puede ser un e-mail institucional. La dirección de correo electrónico debe ser personal.