

VERSIÓN 03

Provincia: Ciudad: Fecha: / /
DÍA MES AÑO

DONANTE

MENOR DE EDAD:

MAYOR DE EDAD INCAPAZ ABSOLUTO

Yo _____, con N° de cédula _____;
(NOMBRES Y APELLIDOS)

representante legal de: _____
(NOMBRES Y APELLIDOS DEL DONANTE)

con N° de cédula o partida de nacimiento (menor de edad) _____.
(DONANTE)

De manera libre y voluntaria, en conocimiento del artículo 32 de la Ley Orgánica de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células y el artículo 11, 15 y 16 del Reglamento General a la citada Ley declaro que:

Se me ha explicado satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la donación de órganos y tejidos, los procesos para la extracción de los mismos y el tiempo aproximado de duración de los procedimientos.

Con ese conocimiento autorizo a nombre de mi representado la donación para trasplante que a continuación detallo:

DONANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS SI () NO ()

DONANTE DE ÓRGANOS SI () NO ()

DONANTE DE TEJIDOS SI () NO ()

Escribir **Si**, en el nombre del órgano y/o tejido a ser donado y **No** en el que no se desea donar

CORAZÓN PULMÓN RIÑONES HÍGADO PÁNCREAS INTESTINO

CÓRNEAS PIEL TENDONES HUESOS VÁLVULA CARDÍACA

DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN

N° ENTREVISTAS REALIZADAS: 1 DURACIÓN 2 DURACIÓN

INFORMA SOBRE LA MUERTE: COORDINADOR/A HOSPITALARIO MÉDICO TRATANTE OTRO

LUGAR EN EL QUE SE INFORMA: EMERGENCIA REANIMACIÓN UCI OTRO

NOTIFICA SOBRE LA DONACIÓN: COORDINADOR/A HOSPITALARIO MÉDICO TRATANTE COORDINADOR/A INDOT OTRO

CARACTERÍSTICAS DE LA NOTIFICACIÓN

INTERLOCUTOR PRINCIPAL : PADRE/MADRE () CÓNYUGE () HIJO/A () HERMANO/A () OTRO ()

COMENTARIOS: _____

_____**PARTICIPACIÓN EN LA NOTIFICACIÓN****FAMILIAR 1**NOMBRE : () APELLIDO ()
PARENTESCO: () EDAD: ()
NÚMEROS TELEFÓNICOS: () / ()**FAMILIAR 2**NOMBRE : () APELLIDO ()
PARENTESCO: () EDAD: ()
NÚMEROS TELEFÓNICOS: () / ()**DECLARACIÓN DE FIRMAS:**_____
REPRESENTANTE LEGALNOMBRE Y APELLIDO: _____
C.I. _____
Teléfonos: _____ / __________
COORDINADOR DEL OPERATIVONOMBRE Y APELLIDO : _____
C.I. _____
UNIDAD MÉDICA ACREDITADA / INSTITUCIÓN: _____

ADJUNTAR:

*En caso de mayor de edad se deberá adjuntar la capacidad legal otorgada por la autoridad competente.