



FORMULARIO INDOT - PDC - 03

NOTIFICACIÓN DE LA VOLUNTAD A FAMILIARES



VERSIÓN 02

Provincia: Ciudad: Fecha: / /
DÍA MES AÑO

Yo _____, como Coordinador de Trasplantes
(NOMBRES Y APELLIDOS)
 de _____ en conocimiento de la voluntad
(UNIDAD MÉDICA ACREDITADA / INSTITUCIÓN)
 de _____ con N° de cédula _____
(NOMBRES Y APELLIDOS DEL DONANTE)

informo al Sr/ Sra: _____, _____, del fallecido
(NOMBRES Y APELLIDOS DEL FAMILIAR) (PARENTESCO)
 que una vez certificada la muerte de su familiar, el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (INDOT) en uso de sus atribuciones asignadas mediante el artículo 29 de la Ley Orgánica de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células y el artículo 12 del Reglamento General de aplicación a la citada Ley, realizó la consulta sobre la voluntad a la donación de órganos y tejidos a la Dirección Nacional de Registro Civil, Identificación y Cedulación quien certifica mediante documento número _____ de fecha de emisión _____ / _____ / _____ lo siguiente:
DÍA MES AÑO

Voluntad para la donación de: ÓRGANOS Y TEJIDOS ()

ÓRGANOS ()
 TEJIDOS ()

Observaciones:

He procedido a informar a la familia el proceso a seguir, las pruebas a realizar y el tiempo aproximado para la entrega del cadáver.

DATOS GENERALES DE LA NOTIFICACIÓN

N° ENTREVISTAS REALIZADAS: 1 DURACIÓN 2 DURACIÓN 3 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 NOTIFICACIÓNINTERLOCUTOR 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: **TESTIGO**NOMBRE : APELLIDO ROL QUE CUMPLE: **DECLARACIÓN DE FIRMAS:**_____
COORDINADOR DEL OPERATIVO_____
FAMILIAR O TESTIGO

NOMBRE Y APELLIDO: _____

C.I. _____

UNIDAD MÉDICA ACREDITADA / INSTITUCIÓN: _____

NOMBRE Y APELLIDO : _____

C.I. _____

Teléfonos: _____ / _____