



VERSIÓN 02

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)

certifico que el Coordinador de Trasplantes de: _____
(NOMBRE DE LA UNIDAD MÉDICA/INSTITUCIÓN)

me ha informado satisfactoriamente la finalidad y propósito de la donación de órganos y tejidos; los procesos a seguir, el tiempo estimado para la evaluación y ablación de los órganos/tejidos y las condiciones en las que se entregará el cadáver.

En conocimiento de la información recibida, **NO AUTORIZO A QUE SE PROCEDA CON LA DONACIÓN.**

DATOS GENERALES DE LA ENTREVISTA

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 ENTREVISTA

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

COMENTARIOS: _____

PARTICIPACIÓN EN LA ENTREVISTA**FAMILIAR 1**

NOMBRE : APELLIDO
 PARENTESCO: EDAD:
 NÚMEROS TELEFÓNICOS:

FAMILIAR 2

NOMBRE : APELLIDO
 PARENTESCO: EDAD:
 NÚMEROS TELEFÓNICOS:

DECLARACIÓN DE FIRMAS:**REPRESENTANTE LEGAL**

NOMBRE APELLIDO: _____
 C.I. _____
 Teléfonos: _____ / _____

COORDINADOR DEL OPERATIVO

NOMBRE Y APELLIDO : _____
 C.I. _____
 UNIDAD MÉDICA / INSTITUCIÓN: _____

ADJUNTAR:

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