



## FORMULARIO INDOT - PDC - 04

### AUTORIZACIÓN PARA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS MENORES DE EDAD Y MAYOR DE EDAD INCAPAZ ABSOLUTO



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 )

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 LEGAL**NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_  
C.I. \_\_\_\_\_  
Teléfonos: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
**COORDINADOR DEL OPERATIVO**NOMBRE 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.