



Ministerio  
de **Salud Pública**

Instituto Nacional de Donación y Trasplante  
de Órganos, Tejidos y Células - **INDOT**

# FORMULARIO INDOT - PDC - 05

## IMPEDIMENTO A LA DONACIÓN

VERSIÓN

01

TRAZABILIDAD

PDC-05-CZ...-PRL-2014-.....

Provincia:  Ciudad:  Fecha:  DÍA / MES / AÑO

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

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.

Además se me notificó de la consulta de la voluntad a la donación de órganos y tejidos emitido por la Dirección Nacional de Registro Civil, Identificación y Cedulación quien certifica mediante documento número \_\_\_\_\_

de fecha de emisión  /  / , en el que \_\_\_\_\_,  
DÍA MES AÑO ( NOMBRES Y APELLIDOS FALLECIDO )

con N° de cédula \_\_\_\_\_; en vida no manifestó su voluntad contraria a la donación de órganos y/o tejidos conforme lo establece el Art. 29 de la Ley Orgánica de Donación y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células.

En conocimiento de la información recibida, **bajo mi responsabilidad IMPIDO A QUE SE PROCEDA CON LA DONACIÓN.**

### DECLARACIÓN DE FIRMAS:

#### FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### COORDINADOR DE TRASPLANTES

NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_

HOSPITAL: \_\_\_\_\_

#### ADJUNTAR:

\*Copia de cédula de identidad del donante

\*Copia de cédula de identidad del familiar que firma este documento.

\*Documento de consulta de voluntad emitido por la Dirección Nacional de Registro Civil, Identificación y Cedulación.