



Ministerio de Salud Pública

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

# FORMULARIO INDOT-PDC-03 NOTIFICACIÓN DE LA VOLUNTAD

ESTE DOCUMENTO SE DEBE LLENAR CON TINTA AZUL Y LETRA IMPRENTA  
NO SE PERMITE RECTIFICACIONES, MANCHONES Y TACHONES



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: \_\_\_\_\_,  
( NOMBRES Y APELLIDOS DEL FAMILIAR ) ( PARENTESCO )

que una vez certificada la muerte de su familiar, el Instituto Nacional de Donación y Trasplantes 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, se 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:

A) Voluntad contraria a la donación de órganos y tejidos

B) Voluntad para la donación de órganos y tejidos

C) Voluntad de donación parcial. DONANTE SOLO DE: ÓRGANOS  TEJIDOS

En los casos B o C, escribir **Si**, en el nombre del órgano y/o tejido a ser donado y **NO** en el que no se desea donar

CORAZÓN	<input type="checkbox"/>	RIÑONES	<input type="checkbox"/>	HÍGADO	<input type="checkbox"/>	PÁNCREAS	<input type="checkbox"/>
CÓRNEAS	<input type="checkbox"/>	PIEL	<input type="checkbox"/>	TENDONES	<input type="checkbox"/>	HUESOS	<input type="checkbox"/>

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

### DECLARACIÓN DE FIRMAS:

\_\_\_\_\_  
COORDINADOR DE TRASPLANTES  
NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
C.I. \_\_\_\_\_  
UNIDAD MÉDICA ACREDITADA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FAMILIAR  
NOMBRES Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
C.I. \_\_\_\_\_  
Teléfonos: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### ADJUNTAR:

- \*Copia de cédula de identidad del donante
- \*Copia de cédula de identidad del familiar
- \*Documento de consulta de voluntad emitido por la Dirección Nacional de Registro Civil, Identificación y Cedulación

DOCUMENTO VÁLIDO ÚNICAMENTE: CON SELLOS Y FIRMAS AUTORIZADAS