

ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO

**SSA-03-8 CERTIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE LA VIDA PARA
LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS CON FINES DE TRASPLANTES**

LLÉNESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MÁQUINA

Dr. (a) _____ Médico Cirujano con Cédula Profesional
No. _____ legalmente autorizado para ejercer, declara bajo protesta de decir
la verdad que, conforme al Artículo 343 y 344 de la Ley General de Salud, El/La C. _____
_____ quien se encuentra en la cama/cuarto No. _____
_____ del Hospital _____
_____ ubicado en _____

ha perdido la vida.

De acuerdo con el Artículo 343 de la Ley General de Salud, la pérdida de la vida ocurre cuando se
presenta Muerte Encefálica.

En el mismo artículo se establece que hay muerte encefalica cuando se presenta:

- I. Ausencia completa y permanente de conciencia;
- II. Ausencia permanente de respiración espontánea, y
- III. Ausencia de los reflejos del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de
movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

Así mismo, se ha descartado que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos,
sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.

De acuerdo con el Artículo 344 de la misma ley, la muerte encefalica se ha comprobado
a través de la siguiente prueba:

Con base a lo anterior, el que suscribe **CERTIFICA LA PERDIDA DE LA VIDA** de (El/La) C.

ocurrida en la ciudad de _____ a las _____ horas del día _____
del mes de _____ del año _____.

NOMBRE Y FIRMA

FUNDAMENTO LEGAL: El presente documento se encuentra debidamente elaborado con fundamento en los Artículos
343 y 344 de la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 24 de abril de 2013.

Cualquier aclaración, duda o comentario respecto a este trámite, favor de llamar
al Centro Nacional de Trasplantes al 01- 55 54-87-99-02