



**ANTES DE LLENAR ESTE FORMATO LEA CUIDADOSAMENTE EL INSTRUCTIVO**

**SSA-03-11 CONSENTIMIENTO PARA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y  
TEJIDOS DE CADÁVERES CON FINES DE TRASPLANTE**

LLENESE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

**LUGAR:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

DATOS DEL DONADOR O DISPONENTE					
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRE	EDAD	FECHA NACIMIENTO	SEXO
<b>DOMICILIO</b>					<b>NACIONALIDAD</b>

**DIAGNOSTICO DE INGRESO:**

<b>CAUSA DE LA MUERTE:</b>	<b>FECHA</b>	<b>HORA</b>
<b>NOMBRE DEL HOSPITAL:</b>	<b>DIRECCIÓN DEL HOSPITAL</b>	

Yo, \_\_\_\_\_ con parentesco por \_\_\_\_\_ del hoy occiso(a)  
C. \_\_\_\_\_, otorgo el consentimiento para la disposición de: \_\_\_\_\_

Despues de haber escuchado la petición del personal médico manifiesto que fui informado de la donación de los órganos, se me dió oportunidad de hacer preguntas y éstas me fueron contestadas satisfactoriamente. Declaro que siendo mayor de edad y en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo libremente la donación de los órganos y tejidos arriba señalados, del cuerpo del donador, a título gratuito, para ser utilizados con fines de trasplante.

<b>DATOS DEL FAMILIAR QUE OTORGA EL CONSENTIMIENTO:</b>				<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>
<b>NOMBRE:</b>		<b>PARENTESCO:</b>		
<b>CALLE:</b>	<b>NUM.</b>	<b>COLONIA</b>	<b>C.P.</b>	
<b>DELEGACIÓN</b>	<b>ENTIDAD FEDERATIVA</b>		<b>TELÉFONO</b>	<b>FIRMA DEL FAMILIAR</b>

<b>TESTIGO:</b>				<b>FIRMA DEL 1ER. TESTIGO</b>
<b>NOMBRE:</b>		<b>PARENTESCO:</b>		
<b>CALLE:</b>	<b>NUM.</b>	<b>COLONIA</b>	<b>C.P.</b>	
<b>DELEGACIÓN</b>	<b>ENTIDAD FEDERATIVA</b>		<b>TELÉFONO</b>	

<b>TESTIGO:</b>				<b>FIRMA DEL 2DO. TESTIGO</b>
<b>NOMBRE:</b>		<b>PARENTESCO:</b>		
<b>CALLE:</b>	<b>NUM.</b>	<b>COLONIA</b>	<b>C.P.</b>	
<b>DELEGACIÓN</b>	<b>ENTIDAD FEDERATIVA</b>		<b>TELÉFONO</b>	

El presente consentimiento se encuentra debidamente elaborado con fundamento en los Artículos 313, 314, 319, 320, 321, 322, 323 y 324 del Capítulo Décimo Cuarto de la Ley General Salud en Materia de Donación, Trasplantes y Pérdida de la Vida. Artículo 10 del Reglamento de la Ley General de Salud.  
Para cualquier aclaración, duda o comentario respecto a este trámite, favor de llamar al Centro Nacional de Trasplantes en el Distrito Federal al 01-55 54-87-99-02.