



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**

LLENARSE CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE O A MAQUINA

LUGAR: _____ **FECHA:** _____

DATOS DEL DONADOR O DISPONENTE					
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRE	EDAD	FECHA NACIMIENTO	SEXO
DOMICILIO					NACIONALIDAD

DIAGNOSTICO DE INGRESO:

CAUSA DE LA MUERTE:	FECHA	HORA
NOMBRE DEL HOSPITAL:	DIRECCIÓN DEL HOSPITAL	

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.

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

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

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

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.