

ANEXO 1



CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

FORMATO OFICIAL, PARA MANIFESTAR EL CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA DONAR ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS DESPUÉS DE LA MUERTE PARA QUE ÉSTOS SEAN UTILIZADOS EN TRASPLANTES.

Antes de llenar este Formato lea cuidadosamente el instructivo al reverso, llénesse con letra de molde legible o máquina.

Fecha de presentación del Formato _____ (dd/mm/aaaa)

1.- Datos del Solicitante. Deberá anotar sus datos personales.

Nombre completo	Nombre(s) _____	Apellido Paterno _____	Apellido Materno _____
Edad	_____ años cumplidos De conformidad con el 322, párrafo cuarto, de la Ley General de Salud, la donación expresa, cuando corresponda a mayores de edad con capacidad jurídica, no podrá ser revocada por terceros, pero el donante podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, sin responsabilidad de su parte.		
Fecha de Nacimiento	_____ (dd/mm/aaaa)		
CURP	_____		
Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
Nacionalidad	<input type="checkbox"/> Mexicano(a) <input type="checkbox"/> Otro Precisar _____		
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Otro Precisar _____		
Grado de Estudios	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Otro Precisar _____		
Ocupación	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro Precisar _____		

Estado	<input type="text"/> (Estado de la República Mexicana donde reside)		
2.- Consentimiento expreso. Con fundamento en el artículo 329, de la Ley General de Salud, yo en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto mi voluntad de ser donador al momento de mi muerte de manera:			
A) Amplia :	<input type="checkbox"/> Todos los órganos y/o tejidos útiles para trasplante.		
B) Limitada:	<input type="checkbox"/> Córneas <input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Pulmones <input type="checkbox"/> Páncreas y Bazo <input type="checkbox"/> Hígado	<input type="checkbox"/> Riñones <input type="checkbox"/> Hueso <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> Tendones <input type="checkbox"/> Cartílagos	<input type="checkbox"/> Vasos sanguíneos <input type="checkbox"/> Intestino <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> Extremidades <input type="checkbox"/> Cara <input type="checkbox"/> Otros Precisar: _____
Circunstancias de la donación (Modo, tiempo y lugar).	<input type="text"/>		
3.- Referencias personales.			
Nombre completo	<input type="text"/> Nombre(s)	<input type="text"/> Apellido Paterno	<input type="text"/> Apellido Materno
Relación o Parentesco con el Otorgante	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Concubina o concubinario <input type="checkbox"/> Hijo(a) Precisar _____	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano(a)
Estado	<input type="text"/> (Estado de la República Mexicana donde reside)		
Correo electrónico	<input type="text"/>		
4.- Acreditación. Documentación que presenta para identificarse.			
Documento	<input type="checkbox"/> Credencial de Elector <input type="checkbox"/> Cartilla Militar <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cédula Profesional		
Folio de identificación	<input type="text"/>		

5.- Nombre y Firma del Otorgante.

Manifiesto que la información anteriormente asentada es veraz.

El Centro Nacional de Trasplantes no tiene obligación de informar a terceros sobre el deseo manifestado en este documento, por lo que se sugiere informarlo a su familia o a sus seres queridos.

Nombre y firma del Otorgante
(La huella digital del Otorgante será válida, en caso de que éste no pueda firmar)

6.- Datos de la Autoridad Sanitaria competente ante la que se presenta el Formato.

Nombre, firma y sello de la Autoridad Sanitaria Competente

El presente Formato, surtirá sus efectos, una vez que haya sido presentado ante la Autoridad Sanitaria Competente.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Centro Nacional de Trasplantes
Carretera Picacho Ajusco No. 154 6to. Piso, Col. Jardines en la Montaña, Delegación Tlalpan, C.P. 14210, México, D.F. --
Tel. 01 (55) 54-87-99-02 ext. 51425, 51431.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

FORMATO OFICIAL, PARA MANIFESTAR EL CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA DONAR ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS DESPUÉS DE LA MUERTE PARA QUE ÉSTOS SEAN UTILIZADOS EN TRASPLANTES.

Fecha de presentación del Formato: Anotar la fecha con números legibles de la siguiente manera, dos dígitos para el día/dos dígitos para el mes/cuatro dígitos para el año.

1.- Datos del Solicitante-Deberá anotar sus datos personales

Nombre completo: Anotar Nombre(s), apellido paterno y apellido materno.

Edad: Anotar la Edad (Años cumplidos).

Fecha de Nacimiento: Anotar la Fecha de Nacimiento de la siguiente manera, dos dígitos para el día/dos dígitos para el mes/cuatro dígitos para el año.

CURP: Anotar la Clave Única de Registro de Población si la tuviere.

Sexo: Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente.

Nacionalidad: Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Estado Civil: Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Grado de Estudios: Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Ocupación: Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Estado: Anotar el Estado de la República Mexicana donde reside.

2.- Consentimiento expreso.

Amplia: Elegir y marcar con una "X" todos los órganos y/o tejidos útiles para trasplante.

Limitada: Elegir solo los órganos y/o tejidos que desea donar, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Circunstancias de la donación (Modo, tiempo y lugar): Anotar las Circunstancias de la donación de Modo, tiempo y lugar.

3.- Referencias personales

Nombre Completo: Anotar el nombre del cónyuge, concubina o concubinario, padre o madre, hijo (a), en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Relación o Parentesco con el Otorgante: Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Estado: Anotar el Estado de la República Mexicana donde reside.

Correo electrónico: Anotar su cuenta de correo electrónico si la tuviere.

4.- Acreditación. Documentación que presenta para identificarse.

Documento: Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente.

Folio de identificación: Anotar el folio de identificación del Documento Oficial con el que se identifica.

5.- Nombre y firma del Otorgante

Nombre y firma del Otorgante: Anotar el nombre completo y la firma del Otorgante. La huella digital del Otorgante será válida, en caso de que éste no pueda firmar.

6.- Datos de la Autoridad Sanitaria competente ante la que se presenta el Formato.

Este rubro será llenado por el Funcionario Público ante quien se presenta el formato.

Nota: El Formato deberá acompañarse con una copia fotostática de su identificación Oficial (credencial de elector, cédula profesional, pasaporte o cartilla del servicio militar.) del Otorgante. Tanto el Formato, como los documentos que se acompañen no serán válidos, si los mismos presentan alteraciones, raspaduras o alguna enmendadura.

SECRETARÍA DE SALUD
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES
- ANEXO 2-

**CONSENTIMIENTO PARA LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y
TEJIDOS CON FINES DE TRASPLANTE**

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo al reverso.
Llénese con letra de molde legible o a máquina.

1. - DATOS DEL DONADOR O DISPONENTE

Nombre: _____ Edad _____
Sexo: _____
Causa de la muerte _____ Fecha _____ Hora _____
Nombre del Hospital _____
Domicilio del Hospital _____

2.- CONSENTIMIENTO DE DONACIÓN DEL DISPONENTE SECUNDARIO

Yo _____ con parentesco de _____, con el/la hoy
ociso (a) de nombre _____, otorgó el consentimiento en forma
libre y voluntaria para donar _____
después de haber
escuchado la petición del personal médico, en virtud de que el/la hoy ociso (a) nunca manifestó la negación a
la donación de órganos y tejidos para que estos sean utilizados en forma altruista y sin ánimo de lucro con fines
de trasplante.

3.- DATOS DEL DISPONENTE SECUNDARIO QUE OTORGA EL CONSENTIMIENTO

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	
Delegación o Municipio	Entidad Federativa	Colonia o Localidad	
Calle y Número	Código Postal	Ciudad	Tipo de identificación oficial
Firma del disponente secundario que otorga el consentimiento			

4.- DATOS DE DOS TESTIGOS

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Parentesco
Calle y Número		Colonia o Localidad	
Delegación o Municipio	Entidad Federativa	Código Postal	Ciudad
Tipo de identificación oficial			

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Parentesco
Calle y Número		Colonia o Localidad	
Delegación o Municipio	Entidad Federativa	Código Postal	Ciudad
Tipo de identificación oficial			

Firma del primer testigo

Firma del segundo testigo

El presente consentimiento se encuentra debidamente elaborado con fundamento en los artículos 324, 325, 326 y 327 de la Ley General de Salud, y el artículo 14 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al Centro Nacional de Trasplantes en el Distrito Federal a los teléfonos 54879963 o 0445554345668 o desde el Interior de la República al 01 800 2236287, o a Medicina a Distancia, a cargo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal al 51320909.

**INSTRUCTIVO DE LLENADO
CONSENTIMIENTO PARA LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS CON FINES DE
TRASPLANTE**

1.- DATOS DEL DONADOR O DISPONENTE

- Anotar el nombre completo (apellido paterno, materno y nombre/s).
- Anotar edad y sexo.
- Anotar la causa de la muerte, la fecha y la hora.
- Anotar el nombre y domicilio del centro hospitalario donde se encuentra el donador o disponente.

2.- CONSENTIMIENTO DE DONACIÓN DEL DISPONENTE SECUNDARIO

- Anotar el nombre completo (apellido paterno, materno y nombres), del disponente secundario que otorga el consentimiento de donación.
- Anotar el parentesco entre el donador y el disponente secundario (cónyuge, concubinario, concubina, ascendientes, descendientes y parientes colaterales hasta el segundo grado).
- Anotar el nombre del occiso (á).
- Anotar que órganos o tejidos serán donados (ejemplo: riñones, hígado, córneas, etc.).

3.- DATOS DEL DISPONENTE SECUNDARIO QUE OTORGA EL CONSENTIMIENTO

- Anotar el nombre completo (apellido paterno, materno y nombres).
- Anotar la delegación o municipio, entidad federativa, colonia o localidad, calle, número, código postal, ciudad, tipo de identificación oficial.
- Firma del disponente secundario que otorga el consentimiento de donación.

4.- DATOS DE DOS TESTIGOS

- Anotar el nombre completo (apellido paterno, materno y nombres).
- Anotar el parentesco entre el donador y el testigo o de no existir alguno también especificarlo.
- Anotar la calle, número, colonia o localidad, delegación o municipio, entidad federativa, código postal, ciudad, tipo de identificación oficial.
- Firma de los testigos.

Nota: Favor de anexar copia de identificación oficial del disponente secundario y los testigos (credencial de elector, pasaporte, cartilla o licencia vigentes).

**ESTE FORMATO ES DE LIBRE REPRODUCCION, EN HOJA TAMANO CARTA.
LOS DOCUMENTOS NO DEBERAN PRESENTAR ALTERACIONES, RASPADURAS O
ENMENDADURAS.
EL DOCUMENTO SE PRESENTA POR DUPLICADO PARA EL ACUSE
CORRESPONDIENTE.**