

**DOCUMENTO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS
 AUTORIZACIÓN PARA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS**

Yo / Usted, _____ autorizo la
 (Nombre de la persona dando la autorización)

donación de órganos y tejidos de _____
 (Nombre del donante)

para beneficiar a la humanidad según este **Documento de Donación de Órganos**.
 Este documento se está completando:

- En persona y con un testigo Por teléfono y grabado
 Se provee la copia del documento **La copia del documento se enviará por correo**

Si se grabó la entrevista, se le entregará una copia de esta conversación, si usted así lo pide.

Doy/da permiso para la recuperación de los siguientes órganos y/o tejidos con el propósito de:
 Transplante Sí No Investigación Sí No Educación y Entrenamiento Sí No:

ÓRGANOS		TEJIDOS	
Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Ojos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Pulmones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Córneas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Corazón para válvulas/Pericardio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Riñones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Vasos sanguíneos (Arterias y Venas)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Intestinos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	Piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Páncreas o célula del islote	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	HUESOS Y TEJIDO DE CONEXIÓN DE: (incluye los ligamentos, tendones y estructuras de apoyo)	
		El brazo superior	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
		El brazo inferior	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
		Las extremidades inferiores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
		La pelvis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
		Las costillas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Petición de otros órganos o tejidos: <input type="checkbox"/> Ninguno o especifique: _____			

Doy permiso / da permiso para que se efectúe:

- Cualquier prueba, examen, y procedimientos necesarios para determinar la elegibilidad médica de esta donación. Incluye pero no está limitado a la prueba del VIH y la hepatitis, la eliminación de los vasos sanguíneos adyacentes para el transplante de órganos, la colecta de los ganglios inguinales/abdominales y el bazo, la colecta de muestras de sangre y biopsias para la prueba de compatibilidad con el candidato a recipiente.
- La divulgación de cualquier información, incluyendo la información médica descubierta que incluye, pero no está limitada a expedientes del hospital, certificados de defunción, y reportes de autopsia e información acerca del HIV y la hepatitis para determinar la elegibilidad de los órganos y tejidos. Esta información podría ser divulgada a otras agencias apropiadas.

Entiendo/ entiende que:

- Los costos relacionados con la evaluación, mantenimiento, recuperación y ubicación de los órganos y tejidos estarán cubiertos por la(s) organización(es) de recuperación.
- Los costos del funeral y el entierro no son la responsabilidad de la(s) organización(es) de recuperación.
- El proceso de donación podría demorarse varias horas para completarse, y la entrega del cuerpo a la funeraria o a la oficina del médico forense (si se aplica), ocurrirá después que haya concluido el proceso de recuperación.

Además entiendo / *entiende*:

- Que a través de este documento puedo/puede limitar el uso de hueso o tejidos que son donados y el tipo de organización que recupera, procesa o distribuye la donación.
- Los huesos o tejidos donados pueden tener usos numerosos, incluyendo propósitos de reconstrucción y cosméticos, y que múltiples organizaciones, incluyendo con o sin fines de lucro pueden recuperar, procesar o distribuir las donaciones. Además, los tejidos recuperados pueden ser distribuidos internacionalmente.
- Podría ser necesario transportar el donante a otro lugar con el propósito de recuperación de los tejidos.
- Especifico/*específica* las siguientes limitaciones para el uso de los huesos o tejidos o en el tipo de organización que puede recuperar, procesar o distribuir la donación.

Ninguno Limitaciones específicas: _____

_____ Iniciales de la persona dando la autorización*

Me dieron//le dieron:

- La opción de recibir información acerca del uso de los órganos o tejidos donados.
- La oportunidad de hacer preguntas acerca del proceso de donación.
- Una explicación de las opciones de donación en un lenguaje que entiendo/entiende.

Después de leer (o que le hayan leído) en su totalidad este Documento de Donación de Órganos, doy/da su autorización libremente sin esperar recibir compensación alguna:

_____ Escriba en letra de molde el nombre de la persona dando la autorización	_____ FIRMA - de la persona dando la autorización*	_____ Fecha / Hora en que firmó
_____ Relación al donante		
_____ Dirección	_____ Ciudad, Estado, Código postal	_____ Número de teléfono
_____ Escriba en letra de molde el nombre del testigo	_____ FIRMA del testigo*	_____ Fecha / Hora en que firmó
_____ Escriba en letra de molde el nombre de la persona que completa el formulario	_____ FIRMA de la persona que completó el formulario	_____ Fecha / Hora en que firmó
_____ Nombre de la organización que se queda con el permiso grabado		

*La persona que completa este formulario a través del teléfono debe colocar sus iniciales en el espacio provisto.

La siguiente información de contacto se provee para el uso de la/s persona/s dando la autorización:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> University of Wisconsin OPO
450 Science Drive, Suite 220
Madison, Wisconsin 53711-9135
Phone: (866) 894-2676 | <input type="checkbox"/> Lions Eye Bank of Wisconsin
2401 American Lane
Madison, WI 53704
Phone: (877) 233-2354 | <input type="checkbox"/> BloodCenter of Wisconsin/ Wisconsin Donor Network - OPO
9000 W. Chester Street, Suite 250
Milwaukee, WI 53214
Phone: (800) 432-5405 |
| <input type="checkbox"/> American Tissue Services : ci bXUjcb
5940 Seminole Centre Court, Suite #210
Madison, WI 53711
Phone: (866) 497-7878. | <input type="checkbox"/> RTI Donor Services
8120 Forsythia St. Suite 2
Middleton, WI. 53562
Phone: (877) 733-3700 | <input type="checkbox"/> BloodCenter of Wisconsin/ Wisconsin Tissue Bank
9000 W. Chester Street, Suite 250
Milwaukee, WI 53214
Phone: (800) 722-8230 |