

# Formulario de inscripción de registro de donantes de Wisconsin

¡Sí! Quiero ayudar a salvar vidas mediante la donación de órganos, tejidos y ojos.

Para incluir su nombre en el registro, complete el siguiente formulario. Es importante que ingrese su información exactamente como aparece en su licencia de conducir de Wisconsin o tarjeta de identificación del estado. Toda la información es estrictamente confidencial y solo está disponible para las organizaciones de recuperación de órganos y tejidos o en el momento o cerca de la hora de su muerte. Profesionales de donaciones presentarán documentación de su inclusión en el registro a su familia y trabajarán con ellos para honrar esa decisión.

Nombre \_\_\_\_\_

Segundo nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

Número de licencia de conducir de Wisconsin o tarjeta de identificación del estado \_\_\_\_\_

Dirección 1 \_\_\_\_\_

Dirección 2 \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_

Al presentar este registro, afirmo que soy el solicitante descrito en esta solicitud y que la información aquí ingresada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Esta registración servirá como un registro de donación de acuerdo con la ley estatal de Wisconsin. Un registro de donación, no revocado por el donante antes de su muerte, no requiere el consentimiento de ninguna otra persona. También autoriza cualquier examen necesario para asegurar la aceptabilidad médica de la donación anatómica.

Deseo donar mis órganos, tejidos y ojos para el trasplante, la terapia, la investigación y la educación.

Al firmar este formulario, acepto los términos y condiciones mencionados anteriormente.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN OPCIONAL:

**¿Influyó en su decisión de registrarse la información procedente de alguna de estas áreas?**

*(Seleccione todas las que correspondan)*

Escuela  Medios de comunicación  Organización religiosa  Trabajo  DMV

Clínica/farmacia  Familiares/amigos  Otra \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Sírvase de devolver el formulario completo y dirija sus preguntas a:** Wisconsin Department of Health Services Division of Public Health, **Attn: Martha Mallon**  
1 W. Wilson Street, Rm. 118  
PO Box 2659  
Madison, WI 53701-2659

F-02051S (03/2017)

## Antes de registrarse, comprenda lo siguiente:

- Ser donante mejora la vida de otras personas mediante el trasplante, la terapia, la investigación y la educación.
- Usted puede registrarse si tiene más de 15 años y ½ de edad y tiene una licencia de conducir, un permiso o una tarjeta de identificación de Wisconsin.
- Incluir su nombre incluido en el registro significa que usted ha autorizado donar sus órganos, tejidos y ojos tras su muerte.
- Una vez que se registra como donante, ha hecho un registro de una donación anatómica de acuerdo con la ley del estado de Wisconsin.
- Si tiene al menos 18 años de edad, su decisión no puede ser anulada por su familia ni por ninguna otra persona.

