

Documento de Donación de Órganos

Autorización para la Donación de Órganos y Tejidos

Document of Anatomical Gift

Authorization for Organ and Tissue Donation

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

donación de órganos y tejidos de _____
(Nombre el 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	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	Ojos	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Pulmones	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	Córneas	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Hígado	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	Corazón para válvulas/Pericardio	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Riñones	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	Vasos sanguíneos (Arterias y Venas)	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Intestinos	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	Piel	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Páncreas o célula del islote	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	Huesos y tejido de conexión de: (incluye los ligamentos, tendones y estructuras de apoyo)	
		El brazo superior	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
		El brazo inferior	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
		Las extremidades inferiores	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
		La pelvis	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
		Las costillas	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Petición de otros órganos o tejidos: ☐ 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 baso, 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 en completarse, y la entrega del cuerpo a la funeraria o la oficina del examinador/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 /especifica 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 – Persona dando la autorización

Fecha y 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 - Testigo*

Fecha y 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 y 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 información de contacto de la organización que recupera donación anatómico se proporciona para la (s) persona (s) autorizada (s):

☐ **American Tissue Services Foundation**

5940 Seminole Centre
Madison, WI 53711
Phone: 866-497-7878

☐ **Versiti**

638 North 18th Street
Milwaukee, WI 53233
Phone: 800-722-8230

☐ **Lions World Vision Institute**

1410 N. 21st St
Tampa, FL 33605
Phone: 813-289-1200

☐ **Lions Eye Bank of Wisconsin**

5003 Tradewinds Parkway
Madison, WI 53718
Phone: 877-233-2354

☐ **UW Organ and Tissue Donation**

448 Science Drive, Suite 250
Madison, WI 53711-1175
Phone: 866-894-2676

☐ **Lions Gift of Sight**

1000 Westgate Drive, Suite 260
Saint Paul, MN 55114
Phone: 866-887-4448

☐ **LifeSource**

2225 West River Road North
Minneapolis, MN 55411
Phone: 800-247-4273

Name of Donor

Date of birth

ID number