

**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 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	<b>HUESOS Y TEJIDO DE CONEXIÓN DE:</b> (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 /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	_____ <b>FIRMA</b> 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	_____ <b>FIRMA</b> del testigo*	_____ Fecha / Hora en que firmó
_____ Escriba en letra de molde el nombre de la persona que completa el formulario	_____ <b>FIRMA</b> 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"/> <b>UW Organ and Tissue Donation</b><br>450 Science Drive, Suite 220<br>Madison, Wisconsin 53711-9135<br>Phone: (866) 894-2676            | <input type="checkbox"/> <b>Lions Eye Bank of Wisconsin</b><br>2401 American Lane<br>Madison, WI 53704<br>Phone: (877) 233-2354   | <input type="checkbox"/> <b>BloodCenter of Wisconsin/ Wisconsin Donor Network - OPO</b><br>638 North 18th Street<br>Milwaukee, WI 53233<br>Phone: (800) 432-5405 |
| <input type="checkbox"/> <b>American Tissue Services : ci bXUjcb</b><br>5940 Seminole Centre Court, Suite #210<br><b>Madison, WI 53711</b><br>Phone: 888-560-6001 | <input type="checkbox"/> <b>RTI Donor Services</b><br>8120 Forsythia St. Suite 2<br>Middleton, WI. 53562<br>Phone: (877) 733-3700 | <input type="checkbox"/> <b>BloodCenter of Wisconsin/ Wisconsin Tissue Bank</b><br>638 North 18th Street<br>Milwaukee, WI 53233<br>Phone: (800) 722-8230         |