



CARTA DE CONSENTIMIENTO DE AUTOPSIA PARA LA DISPOSICIÓN DEL CEREBRO y ORGANOS PARA EL DIGNÓSTICO Y LA INVESTIGACIÓN

Si usted desea manifestar su intención de que el cerebro suyo o de un familiar sea dispuesto para el diagnóstico y la investigación médica, favor de llenar esta forma.

Nombre completo del disponente (Sra./Srita.)

Fecha de nacimiento _____

Lugar actual del disponente (si no está hospitalizado) _____

Nombre completo del médico del Hospital, con número telefónico.

Nombre completo y dirección del familiar más cercano.

Si el disponente sí está hospitalizado:

Nombre y dirección del Hospital, con teléfono.

A quién contactar en el Hospita.

Reafirmo que es mi deseo que se disponga del cerebro y organos de mí _____ Para el diagnóstico y la investigación médica en caso de su fallecimiento.

Testigos

Nombre.

Firma: _____

Fecha: _____

Domicilio: _____

Testigo

Nombre _____

Firma _____

Firma _____

Domicilio _____





INSTRUCTIVO DE LLENADO PARA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS PARA DESPUÉS DE LA MUERTE

1.- FOLIO

- Número de Folio

2.- FECHA - Anotar el día, mes y año.

3.- DATOS DEL DISPONENTE

- Anotar el nombre completo (apellido paterno, materno y nombre(s)).
- Anotar la fecha de nacimiento (día / mes / año).
- Anotar la calle, número, la colonia o localidad, delegación política o municipio, entidad federativa, código postal, teléfono(s), ciudad, sexo, edad.
- Anotar su ocupación: (ejemplo: comerciante, estudiante, maestro, carpintero, etc.).
- Anotar su estado civil (ejemplo: soltero(a), casado(a), unión libre, viudo(a), etc.).
- Anotar su escolaridad (ejemplo: primaria, secundaria, licenciatura, maestría, doctorado, etc.).
- Anotar su religión (ejemplo: católico, protestante, testigo de Jehová, judío, mormón, etc.).
- Anotar nombre completo donde autoriza la disposición de cerebro órganos y / o tejidos.
- Anotar nombre y firma del interesado

LOS DOCUMENTOS NO DEBERÁN PRESENTAR ALTERACIONES, RASPADURAS O ENMENDADURAS. EL DOCUMENTO SE PRESENTA POR TRIPLICADO PARA EL ACUSE

CORRESPONDIENTE. BioBanco Nacional de Demencias. Facultad de Estudios Superiores. Cuautitlán campo 1. UNAM

DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS PARA PROPÓSITOS DE INVESTIGACIÓN

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





Fecha:

Día Mes Año

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Calle y Número _____

Fecha de Nacimiento _____ Día Mes Año

Colonia o Localidad _____

Delegación Política o Municipal _____

Ciudad _____

Estado Civil _____

Entidad Federativa _____

Ocupación _____

Escolaridad _____

Código Postal Teléfono (s) _____ Edad _____

Sexo _____ Religión _____

Yo _____ en pleno uso de mis facultades mentales, autorizo la disposición de mi cerebro, órganos y/o tejidos para ser utilizados exclusivamente con fines de investigación.

Firma _____

