

Forma para Inscripción en el Registro de Donantes de Wisconsin

SI Yo quiero ayudar a salvar vidas mediante la donación de órganos, tejidos y ojos.

Para incluir su nombre en el Registro, complete la siguiente forma. Es importante que ingrese su información exactamente como aparece en su licencia de conducir o su documento de identificación Estatal. Toda la información es estrictamente confidencial y sólo está disponible para las organizaciones que recuperan los órganos y tejidos en el momento de su muerte o poco después de ocurrida la misma. Los especialistas en Donación presentarán a su familia la documentación que acredita su inclusión en el Registro de donantes y trabajarán con ella para honrar su decisión.

Nombre _____

Segundo Nombre _____

Apellido _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

Licencia de Conducir de WI o numero de Documento de Identificación Estatal _____

Domicilio 1 _____

Domicilio 2 _____

Ciudad, Estado, Código _____

Condado _____

Antes de registrarse, entienda lo siguiente:

- Ser un donante mejora la vida de otros mediante trasplante, terapia, investigación y educación
- Ud. Puede registrarse si es mayor de 15½ años de edad y tiene una licencia de conducir de Wisconsin, permiso o documento
- Incluir su nombre en el Registro significa que usted ha autorizado la donación de sus órganos, tejidos y ojos en el momento de su muerte.
- Una vez que se registra como donante, usted ha registrado la donación de su cuerpo de acuerdo con la Ley del Estado de Wisconsin
- Si usted tiene al menos 18 años ratificada por su familia o ninguna otra persona

Al presentar esta inscripción en el Registro, afirmo que soy el/la solicitante de identidad descrito/a en esta solicitud y que la información que figura aquí es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Esta inscripción servirá como registro de donación de conformidad con las leyes del Estado de Wisconsin. El registro de una donación, no revocada por el donante antes de su muerte, no requiere del consentimiento de ninguna otra persona. También autoriza cualquier examen necesario para determinar si la donación del cuerpo es médicamente aceptable.

Quiero donar mis órganos, mis tejidos y mis ojos, para trasplante, terapia, investigación y educación.

Al firmar este formulario estoy de acuerdo con los términos y condiciones arriba mencionados.

Firma _____ Fecha _____

INFORMACIÓN OPCIONAL:

¿Qué información de alguna de estas áreas influyó en su decisión para registrarse?

(Seleccione todas las opciones aplicables)

Escuela Medios Organizaciones religiosas Trabajo DMV

Clínica/Farmacia Familia/Amigos Otro

Teléfono _____

Email _____

Favor devolver el formulario ya completado y ante cualquier consulta dirigirse a: Wisconsin Department of Health Services Division of Public Health,

Attn: Martha Mallon

1 W. Wilson Street, Rm. 218

PO Box 2659

Madison, WI 53701-2659

