

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. 218
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.

