

INFORMACIÓN PERSONAL

DONACIÓN VOLUNTARIA DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

FECHA _____

NOMBRE _____ EDAD _____

DIRECCIÓN _____

CALLE NÚMERO COLONIA

C.P. CIUDAD

TELÉFONO PARTICULAR _____

CELULAR _____

¿POR QUÉ MEDIO SE ENTERÓ? _____

¿QUÉ ORGANOS DESEA DONAR? _____

SERVICIO MÉDICO AL QUE PERTENECE:

IMSS

ISSSTE

OTRO ¿CUÁL?

P.C.E.

NINGUNO

FIRMA DEL DONADOR

TESTIGO

FORMATO PARA HOSPITAL ANGELES

YO _____

Nombre y firma

por propia voluntad y a título gratuito dono para fines de transpirante al momento de mi muerte, con la esperanza de ayudar a salvar una vida:

a) Cualquier órgano o tejido

b) Sólo los siguientes órganos o tejidos

Especifique _____



RECORTE Y ENMIQUE SU CREDENCIAL