



## Departamento de Salud y Servicios a la Tercera Edad de Missouri

P.O. Box 570, Jefferson City, MO 65102-0570 TELÉFONO: 573-751-6400 FAX: 573-751-6010  
RELAY MISSOURI Los ciudadanos con algún problema auditivo o del habla pueden marcar 711

**Paula F. Nickelson**  
Acting Director



**Michael L. Parson**  
Gobernador

### Hoja informativa para la retirada del registro de donantes de tejidos y órganos de Missouri

El registro de donantes de tejidos y órganos de Missouri, es un listado confidencial de donantes de ojos, tejidos y órganos administrado por el Departamento de Salud y Servicios a la Tercera Edad. No se le requiere estar en el registro para ser un donante y puede retirar su nombre en cualquier momento. Usted también puede modificar o revocar su decisión en cualquier momento. El incluir su nombre en el registro significa que usted da su consentimiento para que sus órganos y tejidos sean dados a otros una vez sobrevinida su muerte. El consentimiento prestado en primera persona hace que su decisión sea definitiva, a menos que sea revocado en la forma prevista en la ley. Para ser retirado del registro de Missouri, por favor complete este formulario y envíelo como se indica en el formulario.

**Modificación del consentimiento:** Usted puede modificar su documentación del registro yendo a [www.DonateLifeMissouri.org](http://www.DonateLifeMissouri.org) (Mi registro: editar) o cumplimentando una solicitud de inscripción en papel (<http://donatelifemissouri.org/forms>). Si cumplimenta una solicitud en papel, por favor rellénela y envíela como se indica en el formulario.

**Revocación:** Usted puede retirar o revocar su consentimiento de la lista del registro. Dicha acción no implica una negativa a realizar un regalo anatómico. Otras personas autorizadas pueden realizar ese tipo de regalo por usted a menos que usted siga los pasos que les impidan hacerlo. Para revocar su consentimiento, debe cumplimentar una solicitud de retirada disponible en <http://donatelifemissouri.org/forms> o llame al 888-497-4564. Imprima, firme y envíe por correo el formulario usando la información que se provee en la parte inferior del formulario.

**Negativa:** Si usted deniega el hacer un regalo anatómico y quiere prohibir que otros lo hagan en su nombre, usted puede formalizar una negativa llevando a cabo uno de los pasos que se detallan a continuación. Asegúrese de proporcionar copias de la documentación a familia, amigos u otras personas que puedan tomar decisiones de poner fin a la vida por usted. Esta información no será incluida en el registro, ni será administrada por el Departamento de Salud y Servicios a la Tercera Edad.

- Un documento o escrito firmado por usted.
- Un testamento.
- Un documento o escrito firmado por otra persona bajo su dirección, si usted se encuentra físicamente impedido para firmar, y siendo testigo de ello al menos dos adultos, siendo uno de ellos un testigo desinteresado, que firmen bajo su petición y avalen dicho acto.
- Una comunicación hecha por usted en cualquier forma durante su enfermedad terminal o lesión, dirigida a al menos a dos adultos, siendo uno de ellos un testigo desinteresado.

**Información Educativa:** Lo siguiente es solo para fines de información educativa.

- El objetivo de las agencias de recuperación de órganos y tejidos de Missouri es proporcionar los servicios de mayor apoyo posible a las familias donantes. Agradecen los comentarios para poder continuar mejorando los servicios.
- La mayoría de las religiones principales apoyan la donación. Alentamos al público a consultar a su líder religioso para obtener orientación.
- La donación aún puede ser una opción si tiene antecedentes médicos de cáncer, VIH, hepatitis, etc. La determinación se realizará con base en una evaluación médica completada al momento de la muerte.
- La edad no impide que las personas sean donantes.

**Preguntas:** Las respuestas a preguntas generales sobre donaciones pueden ser encontradas en: [www.DonateLifeMissouri.org](http://www.DonateLifeMissouri.org). Si tiene preguntas sobre los procedimientos relacionados con transplantes o donaciones, por favor contacte con una de las siguientes agencias:

Red de Transplantes del Medio Oeste (<http://www.mwtn.org/>)

Transplantes de Mid-America (<http://www.midamericatransplant.org>)

Mantener la Vista (<https://www.saving-sight.org>)

[www.health.mo.gov](http://www.health.mo.gov)

**Misurianos saludables por la vida.**

El Departamento de Salud y Servicios a la Tercera Edad de Missouri será líder en la promoción, protección y trabajo en equipo por la salud.

EMPLEADOR QUE OFRECE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES/ACCIÓN AFIRMATIVA: Los servicios son prestados en base a criterios no discriminatorios.



La mayoría de la información de este formulario es requerida, así que por favor asegúrese de que el formulario está completo. Recibirá un correo electrónico o carta confirmando su retirada, o cuando sea necesario que la información sea clarificada y/o verificada. Llame gratis si tiene preguntas: 888-497-4564

**Cumplimente la información siguiente para ser retirado del registro.**

NOMBRE DEL PARTICIPANTE (APELLIDO)		(NOMBRE)	(SEGUNDO NOMBRE)	(GENERACIÓN)
DIRECCIÓN (POSTAL)		(CIUDAD)	(ESTADO)	(CÓDIGO POSTAL)
CONDADO DE RESIDENCIA			SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO				
FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ MES                      DÍA                      AÑO			Nº DE SEGURIDAD SOCIAL O Nº DE PERMISO DE CONDUCIR	
RAZA (opcional) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro				ETNIA (opcional) <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Otro
MOTIVO DE DESMONTAJE (opcional) <input type="checkbox"/> Se necesita más tiempo para aprender / comprender la donación de órganos y tejidos <input type="checkbox"/> La experiencia de una familia / ser querido <input type="checkbox"/> Creencia religiosa / espiritual <input type="checkbox"/> Condición médica <input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Donar mi cuerpo a la ciencia / investigación <input type="checkbox"/> Otro, especifique brevemente _____				
CHECK APPROPRIATE STATEMENTS, THEN SIGN  Por favor retire mi nombre del Registro de Donantes de Tejidos y Órganos de Missouri. Esto no es una negativa a ser un donante. Afirmo que soy la persona antes nombrada y que la información facilitada es veraz y correcta. <input type="checkbox"/> Afirmo que soy mayor de 18 años o más y que estoy capacitado para otorgar mi pleno consentimiento legal. <input type="checkbox"/> Afirmo que soy menor de 18 años, un menor emancipado y capaz de otorgar mi pleno consentimiento legal. <input type="checkbox"/> Afirmo que soy menor de 18 años pero al menos tengo 16 años, y no estoy emancipado. <input type="checkbox"/> Soy el padre/tutor del niño que se retira del registro. Mi relación con el niño es: _____				
FIRMA (Requerida del solicitante o del padre/tutor si se retira a un niño.)			FECHA	
FIRMA DEL TESTIGO (Requerida si el adulto se encuentra físicamente impedido para firmar incluyendo los casos debidos a una enfermedad terminal o lesión)			FIRMA DEL TESTIGO DESINTERESADO (Requerida si el adulto se encuentra físicamente impedido para firmar incluyendo los casos debidos a una enfermedad terminal o lesión)	
<p><b>Envíe el formulario completo a:</b> Missouri Organ and Tissue Donor Program Missouri Department of Health and Senior Services PO Box 570 Jefferson City, MO 65102-0570 Teléfono (llamada gratuita) 888-497-4564 <b>Una confirmación le será enviada.</b></p>				