



## 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 inscripción en el 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 sobrevenga 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. Si a usted le gustaría estar en el registro de donantes de tejidos y órganos de Missouri, por favor complete este formulario y envíelo como se indica en el formulario.

**Consentimiento informado:** al cumplimentar este formulario de inscripción entiendo que:

1. Mi información será mantenida de forma confidencial y sólo será usada para uso del registro oficial y para coordinar mi regalo.
2. Mi donación es un regalo. No hay ningún coste para mí, mi familia o mi estado vinculado a mi regalo. Mi familia o mi estado no recibirán dinero por mi regalo. Es ilegal que alguien venda órganos o tejidos por cualquiera que sea el motivo. Todos los costes y gastos en los que se incurra tras mi muerte relacionados con mi donación para la obtención de mis órganos, ojos o tejidos será responsabilidad de las agencias de donantes. Los costes médicos no directamente relacionados con la donación y el funeral son responsabilidad de mi estado, familia u otra parte responsable.
3. Mi regalo sólo será válido después de que yo sea declarado muerto por un doctor acreditado que no sea parte del proceso de trasplante o recuperación.
4. El hospital y la agencia de donantes evaluará mi potencial regalo a la hora de mi muerte para asegurarse de que es seguro para otros el uso de mi regalo. Por favor, tenga en cuenta que bajo la ley de Missouri, el regalo de un donante puede ser examinado incluyendo una revisión de todo el historial médico del donante para determinar la idoneidad de la donación para las personas involucradas en el proceso de donación de tejidos y órganos. Entiendo y permitiré a la agencia de donantes que notifique a mi familia mi decisión en el momento de mi muerte y les solicite el participar en el proceso proveyendo información sobre mi historial social y médico. Entiendo que es importante comunicar mi decisión a mi familia para que ellos puedan honrar y respetar mi decisión.
5. Si los análisis de sangre son positivos respecto a cualquier condición/enfermedad de declaración obligatoria que pueda afectar a otros, los resultados serán enviados al Departamento de Salud y Servicios a la Tercera Edad según se requiera por legislación de Missouri.
6. Cada donante es tratado con gran cuidado y dignidad durante el proceso de donación incluyendo la cuidada reconstrucción de su cuerpo. La donación como regla no retrasa los planes de los funerales.
7. Los tejidos obtenidos pueden ser usados de diferentes formas para ayudar a más personas. Por ejemplo, la piel puede ser usada para crear un injerto de piel para los pacientes quemados.
8. Los tejidos, ojos y órganos donados son dados a la gente que más los necesita. Normalmente, a nivel local en primera instancia, después a nivel regional y finalmente a nivel nacional. Bajo ciertas circunstancias, los tejidos, ojos y órganos pueden ser enviados fuera del país para ayudar a pacientes necesitados de ayuda.
9. Puedo limitar mi donación a ciertas porciones de mi cuerpo y/o para ciertos fines (trasplante/terapia, investigación/educación, o ambos).
10. Entiendo que cualquier persona que actúe de acuerdo con las secciones 194.210 a la 194.294, RSMO o con la ley aplicable en materia de regalos anatómicos de otro estado que no sea incompatible con la legislación de Missouri o cualquier persona que intente sin negligencia y actuando de buena fe al hacerlo, no será responsable legalmente por su actuación en ninguna acción legal civil, penal, o procedimiento administrativo. También entiendo que ni yo, ni el estado somos responsables de cualquier lesión o daño resultante de la creación o uso del regalo.

**Modificación del consentimiento:** Puede modificar su registro de registro visitando [www.DonateLifeMissouri.org](http://www.DonateLifeMissouri.org) (My Record: Edit) o completando una Solicitud de inscripción impresa (<https://donatelifemissouri.org/other/forms/>). Si completa una inscripción en papel, complete y envíe como se indica en el formulario.

**Revocación:** Puede retirar o revocar su consentimiento para ser incluido en el registro. Esta acción no significa negarse a realizar un regalo anatómico. Otras personas autorizadas pueden hacerle tal obsequio a menos que usted tome las medidas necesarias para evitar que lo hagan. Para revocar, debe completar una Solicitud de eliminación disponible en <https://donatelifemissouri.org/other/forms/>, o solicitar un formulario llamando al 888-497-4564. Imprima, firme y envíe por correo el formulario utilizando la información proporcionada al final 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.

[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.

- 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.

**Preguntas:** Las respuestas a preguntas generales sobre donaciones pueden ser encontradas en: <https://donatelifemissouri.org/donation/>. 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://saving-sight.org/>)



Esto servirá como su documento de regalo. La mayoría de la información de este formulario es requerida, así por favor asegúrese de que el formulario esté completo. Recibirá un correo electrónico o carta confirmando su inscripción, o cuando sea necesario que la información sea clarificada y/o verificada. El correo electrónico también puede ser usado para enviarle nueva información sobre el registro de tejidos y órganos.

**Cumplimente la información para ser añadido al registro o para modificar un regalo.**

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	TELÉFONO
---------------------------------	----------

FECHA DE NACIMIENTO (Mes/Día/Año) ____/____/____	Nº de SEGURIDAD SOCIAL o Nº de PERMISO DE CONDUCIR.
---	---

<b>Mis donaciones son para los siguientes fines:</b> (Marque una) <input type="checkbox"/> Sólo para Transplante/Terapia <input type="checkbox"/> Sólo para Investigación /Educación <input type="checkbox"/> Ambos, transplante e investigación	<b>ESPECIFICACIONES DE REGALO</b> (Marque una opción) Me gustaría donar <input type="checkbox"/> Cualquier órgano o tejido necesitado que permita la ley. <input type="checkbox"/> Cualquier órgano o tejido que permita la ley con las siguientes restricciones: Restricciones: _____
---	--

No tengo un símbolo de donante en el frente de mi licencia / tarjeta de identificación y solicito una calcomanía para colocar en el reverso de mi licencia / tarjeta de identificación.

<b>RAZA</b> (opcional) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>ETNIA</b> (opcional) <input type="checkbox"/> Ni Hispano ni Latino <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Otro _____
--	--

<b>¿Cómo conoció el Registro de Donaciones de Misuri?</b> (opcional) <input type="checkbox"/> DMV <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Mid-America Transplant <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Midwest Transplant <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> Saving Sight <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>¿Qué le impulsó a registrarse?</b> (opcional) <input type="checkbox"/> La Oficina de Permisos de Conducir <input type="checkbox"/> Un amigo necesita un transplante <input type="checkbox"/> Un suceso <input type="checkbox"/> Un amigo fue un donante <input type="checkbox"/> Un miembro de la Familia <input type="checkbox"/> Un ser querido fue un donante <input type="checkbox"/> Un miembro de la familia necesita un transplante. <input type="checkbox"/> Mi sistema de creencias personales <input type="checkbox"/> Un Amigo <input type="checkbox"/> Otro _____
---	---

**Voy a participar en un evento del registro de donantes** (si es de aplicación) (opcional)  
 \_\_\_\_\_

**FIRME CON LAS INICIALES EN LA CATEGORÍA APROPIADA**  
 \_\_\_ Afirmo que soy mayor de 18 años o más y que estoy capacitado para otorgar mi pleno consentimiento legal.  
 \_\_\_ Afirmo que soy menor de 18 años, un menor emancipado y capaz de otorgar mi pleno consentimiento legal.  
 \_\_\_ Afirmo que soy menor de 18 años pero al menos tengo 16 años, y no estoy emancipado.  
 \_\_\_ Soy el padre/tutor del niño que se retira del registro. Mi relación con el niño es: \_\_\_\_\_.  
 Afirmo que soy la persona antes nombrada y que la información facilitada es veraz y correcta. Entiendo que mi registro sirve como mi documento de regalo, mi regalo no requiere del consentimiento de otra persona, puedo retirar mi nombre en cualquier momento y puedo revocar total o parcialmente mi decisión de regular.

FIRMA (Requerida del solicitante o del padre/tutor si se inscribe a un niño)	FECHA DE INSCRIPCIÓN
--	----------------------

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)
--	--

NOMBRE E INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA PADRES/TUTORES (APELLIDO)	(NOMBRE)	(SEGUNDO NOMBRE)
---	----------	------------------

DIRECCIÓN (POSTAL)	(CIUDAD)	(ESTADO)	(CÓDIGO POSTAL)
--------------------	----------	----------	-----------------

NÚMERO DE TELÉFONO

<b>Envíe el formulario completo a:</b> Missouri Department of Health and Senior Services Missouri Organ and Tissue Donor Program PO Box 570 Jefferson City, MO 65102-0570	Preguntas? Teléfono llamada gratuita 888-497-4564 <b>Una conformación le será enviada.</b>
---	---