



Registro de Texas Glenda Dawson - Done Vida

Dé el obsequio de la vida al inscribirse como donante de órgano, tejidos y ojos.

Este formulario también puede utilizarse para revocar un registro de donantes existentes

* = Datos obligatorios. Por favor, llene cada espacio, escribiendo claramente en letra de molde.



| | | | | | |
|--|------------------------------|-----------------|--|--|--|
| Nombre:* | | | Fecha de nacimiento:* | | |
| _____ | | | ____/____/____ (Mes) (Día) (Año) | | |
| Primer nombre | Inicial del 2º nombre | Apellido | La persona menor de 16 años de edad debe contar con el permiso de sus padres para poder inscribirse. Favor de seleccionar una de las siguientes opciones: | | |
| Dirección postal:* | | | <input type="checkbox"/> Soy adulto emancipado <input type="checkbox"/> Tengo permiso de mis padres <input type="checkbox"/> No tengo permiso | | |
| Ciudad, estado, código postal:* | | | Género:* Hombre(M) o Mujer(F) | | |
| | | | (Marque uno, por favor) | | |
| | | | ¿Es hispano o latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| Complete uno de los siguientes datos:* | | | Díganos su raza (Seleccione <u>una</u> respuesta de la lista): | | |
| Licencia para manejar de Texas o Numero de identificación personal: _____ o | | | <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o nativo americano | | |
| Los últimos <u>cuatro</u> números del Seguro Social: _____ o | | | <input type="checkbox"/> Asiático | | |
| Nombre de soltera de su madre: _____ | | | <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/nativo de otra isla del Pacífico | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Anglo | | |

Órganos y tejidos que desea donar

Doy mi consentimiento para donar:*

Todos los órganos y tejidos (Si marcó "Todos los órganos y tejidos," no debe marcar las otras cajas.)

Riñones **Nódulos linfáticos** **Arterias** **Válvulas y vasos del corazón, Pericardio**

Corazón **Intestino delgado** **Vasos** **Piel**

Hígado **Ojos** **Huesos** **Páncreas**

Pulmón **Córneas** **Tejidos blandos**

Firma y fecha*

X _____ Fecha _____

Se requiere la firma del donante.

Envíe el formulario completado

Processing Center
Glenda Dawson Donate Life - Texas Registry
30 Lanidex Plaza West
P.O. Box 685
Parsippany, NJ 07054

O por fax a:

1-866-546-6653

Servicio al Cliente: 1-877-839-2755

Los datos que usted proporciona son confidenciales y solo se usan con fines de la inscripción. No los compartiremos con nadie.