



## Registro de Texas Glenda Dawson – Done vida

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

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

<b>Nombre:*</b> _____ Primer nombre    Inicial del segundo nombre    Apellido	<b>Fecha de nacimiento:*</b> ____/____/____ (Mes)    (Día)    (Año)
<b>Dirección postal: *</b> _____	<b>Género:*</b> M/Hombre o F/Mujer (Marque uno, por favor)
<b>Ciudad, estado, código postal: *</b> _____	¿Es hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Díganos su raza (Seleccione <u>una</u> respuesta de la lista):</b>
<b>Complete uno de los siguientes datos: *</b> <b>Licencia para manejar de Texas o Número de identificación personal:</b> _____o <b>Los últimos <u>cuatro</u> números del Seguro Social:</b> _____o <b>Nombre de soltera de su madre:</b> _____	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska o nativo americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Otro nativo de las islas 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. Si el donante es menor de 18 años, su padre o tutor debe firmar de parte del donante.

### Sírvase enviar el formulario completado

**Por correo a:**

**Processing Center  
Glenda Dawson Donate Life - Texas Registry  
30 Lanidex Plaza West  
P. O. Box 685  
Parsippany, NJ 07054  
1-866-546-6653**

**O por fax a:**

**Los datos que usted proporciona son confidenciales y sólo se usan con fines de la inscripción.**