



# Registro de Donante

Para inscribirse como donante, favor de completar la forma y envíe por correo o fax a **Done Vida Texas**.

Si tiene alguna pregunta, llame a: **(800) 633-6562**

mail:

**Done Vida Texas**  
5489 Blair Road  
Dallas, TX 75231

fax:

(713) 349-2588 o  
(210) 614-2129

NOMBRE (Favor de llenar con letra de molde)		
Nombre	Segundo Nombre	Apellido
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

GÉNERO	DETALLES DEL NACIMIENTO	
Masculino <input type="checkbox"/>	Lugar de nacimiento (ciudad, estado, país)	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)
Femenino <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACIÓN DE CONTACTO (llenar con letra de molde)			GRUPO ÉTNICO (opcional)	
Domicilio (calle, P.O. box, a/c)			Indio de Alaska o Indio Americano (con origen en América del Norte o Latinoamérica) <input type="checkbox"/>	
Domicilio (apartamento, suite, unidad, piso, etc.)			Asiático <input type="checkbox"/>	
Ciudad	Estado	Código postal	Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hispano / Latino <input type="checkbox"/>	
Teléfono	Correo electrónico		Polinesio <input type="checkbox"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		Blanco <input type="checkbox"/>	

IDENTIFICACIÓN (por favor provea una)			
Los últimos cuatro números de su seguro social	<input type="text"/>	Número de tarjeta de identificación de Texas	<input type="text"/>
Número de tarjeta licencia de manejar de Texas	<input type="text"/>	Apellido Materno	<input type="text"/>

LO QUÉ VA DONAR (Seleccione uno)	PROPÓSITO DE LA DONACIÓN (Seleccione uno)
Todos los órganos y tejidos <input type="checkbox"/>	Para trasplantar, investigación, educación y/o terapia <input type="checkbox"/>
Órganos y tejidos específicos (Seleccione a continuación) <input type="checkbox"/>	Solamente para trasplantar <input type="checkbox"/>

Si selecciona a donar los tejidos y órganos específicos, indique a continuación lo que estarían dispuestos a donar:

ÓRGANO(S) (optional)		TEJIDO(S) (optional)		OJO(S) (optional)
Corazón <input type="checkbox"/>	Riñones <input type="checkbox"/>	Válvulas del corazón, cardíacos, pericardio <input type="checkbox"/>	Huesos <input type="checkbox"/>	Ojo completo <input type="checkbox"/>
Pulmones <input type="checkbox"/>	Páncreas <input type="checkbox"/>	Arterias <input type="checkbox"/>	Piel <input type="checkbox"/>	Córneas <input type="checkbox"/>
Hígado <input type="checkbox"/>	Intestino Delgado <input type="checkbox"/>	Venas <input type="checkbox"/>	Tejidos Blandos <input type="checkbox"/>	

AUTORIZACIÓN	
Firma	Fecha (mes/día/año)
<input type="text"/>	<input type="text"/>