



Registro de Donante

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

Si tiene alguna pregunta, llame a: **(214) 443-3318**
correo electrónico: executivedirector@donatelifetexas.org

mail:

Done Vida Texas
c/o Texas Organ Sharing Alliance
5051 Hamilton Wolfe Dr.
San Antonio, TX 78229

NOMBRE (Favor de llenar con letra de molde)

Nombre	Segundo Nombre	Apellido
--------	----------------	----------

GÉNERO

Masculino	☐
Femenino	☐

DETALLES DEL NACIMIENTO

Lugar de nacimiento (ciudad, estado, país)	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)
--	-----------------------------------

INFORMACIÓN DE CONTACTO (llenar con letra de molde)

Domicilio (calle, P.O. box, a/c)		
Domicilio (apartamento, suite, unidad, piso, etc.)		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono	Correo electrónico	

GRUPO ÉTNICO (opcional)

Indio de Alaska o Indio Americano (con origen en América del Norte o Latinoamérica)	☐
Asiático	☐
Negro / Afroamericano	☐
Hispano / Latino	☐
Polinesio	☐
Blanco	☐

IDENTIFICACIÓN (por favor provea una)

Los últimos cuatro números de su seguro social		Número de tarjeta de identificación de Texas	
Número de tarjeta licencia de manejar de Texas		Apellido Materno	

LO QUÉ VA DONAR (Seleccione uno)

Todos los órganos y tejidos	☐
Órganos y tejidos específicos (Seleccione a continuación)	☐

PROPÓSITO DE LA DONACIÓN (Seleccione uno)

Para trasplantar, investigación, educación y/o terapia	☐
Solamente para trasplantar	☐

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

ÓRGANO(S) (optional)

Corazón	☐	Riñones	☐
Pulmones	☐	Páncreas	☐
Hígado	☐	Intestino Delgado	☐

TEJIDO(S) (optional)

Válvulas del corazón, cardíacos, pericardio	☐	Huesos	☐
Arterias	☐	Piel	☐
Venas	☐	Tejidos Blandos	☐

OJO(S) (optional)

Ojo completo	☐
Córneas	☐

AUTORIZACIÓN

Firma	Fecha (mes/día/año)
-------	---------------------