

RESIDENTES DE KANSAS – COMPLETAR ESTE FORMULARIO

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN – REGISTRO DE DONADOR DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE KANSAS



“¿Desea usted que se agregue su nombre al Registro de Donador de Órganos y Tejidos de Kansas?”

Al firmar este formulario, su nombre será agregado a una lista confidencial de donadores potenciales mantenida por Midwest Transplant Network. Su información puede ser divulgada únicamente ante su fallecimiento y será compartida únicamente con su familia por parte de profesionales médicos o personal del hospital. La participación en este registro es voluntaria. No es obligación estar en el Registro de Donador de Órganos y Tejidos para ser un donador de órganos y tejidos, pero la participación autorizará la donación ante su fallecimiento.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE SUFJO

DOMICILIO DEL PARTICIPANTE: _____
NÚMERO CALLE CIUDAD
ESTADO CÓDIGO POSTAL CONDADO DE RESIDENCIA

FECHA DE NACIMIENTO: _____ SEXO: _____ RAZA: _____

NO. DE LICENCIA DE CONDUCIR O NO. DE SEGURO SOCIAL DEL PARTICIPANTE: _____
OBLIGATORIO

NÚMERO DE TELÉFONO: _____
OPCIONAL

FIRMA DEL PARTICIPANTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR: _____ FECHA: _____
Debe firmar como testigo para menores de 18 años.

Envíe por correo o fax el formulario completo a:

Midwest Transplant Network
1900 West 47th Place Ste 400
Westwood KS 66205

No. de fax: 1-888-672-8087

No. de teléfono: 1-888-744-4531

