

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE ABLACION Y TRASPLANTE – I.N.A.T.
FORMA10.1 CERTIFICADO DE AUTORIZACIÓN PARA ABLACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS
DONANTE CADAVÉRICO (LEY 1246/98)

Fecha de Inscripción ___ / ___ / ___	Hora _____	Reg. No. _____	
Institución Responsable: _____ Dirección _____ Tel. _____ Fax / E'mail _____			
CERTIFICAMOS que hemos sido informados e ilustrados por los profesionales médicos, en forma precisa y detallada de la muerte cerebral establecida científicamente, del paciente – donante. Nombre y Apellido del Donante _____ C.I. N° _____ Edad _____ Sexo _____			
ACEPTAMOS Y AUTORIZAMOS responsable y voluntariamente la ablación de los siguientes órganos y tejidos a los equipos médicos:			
Riñones <input type="checkbox"/>	Corazón <input type="checkbox"/>	Pulmón <input type="checkbox"/>	Páncreas <input type="checkbox"/>
Corneas <input type="checkbox"/>	Piel <input type="checkbox"/>	Huesos <input type="checkbox"/>	Hígado <input type="checkbox"/>
Músculos y Tendones <input type="checkbox"/>	Válvulas <input type="checkbox"/>	Vasos Sanguíneos <input type="checkbox"/>	Todos <input type="checkbox"/>
Familiares responsables del donante / Juez o Fiscal interviniente			
Nombre y Apellidos _____		C.I. N° _____	
Grado de parentesco _____		Tel. _____	
Dirección _____		Firma _____	
Nombre y Apellidos _____		C.I. N° _____	
Grado de parentesco _____		Tel. _____	
Dirección _____		Firma _____	
Profesional responsable			
Firma y Aclaración: _____		Reg. Prof. N°: _____	
INAT – Capitán Lombardo c/ Avda. Santísimo Sacramento Tel/fax (595 21) 286337 e-mail: inatpy@gmail.com			