CENATRA
CENTRO NACIONAL DE TRASPLANTES

ANEXO 2

FORMATO, PARA MANIFESTAR LA NEGATIVA EXPRESA A SER DONADOR.

Antes de llenar este Formato lea cuidadosamente el instructivo al reverso, llénese con letra de molde legible o máquina.

Fecha de presentación del Formato _____ (dd/mm/aaaa)

1. Datos del Solicitante. Deberá anotar sus datos personales.

Nombre completo	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Edad	____ años cumplidos De conformidad con el 322, párrafo cuarto, de la Ley General de Salud, la donación expresa, cuando corresponda a mayores de edad con capacidad jurídica, no podrá ser revocada por terceros, pero el donante podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, sin responsabilidad de su parte.		
Fecha Nacimiento	_____ (dd/mm/aaaa)		
CURP	_____		
Sexo	○ Femenino ○ Masculino		
Nacionalidad	◉ Mexicano(a) ○ Otro Precisar _____		
Estado Civil	○ Soltero(a) ○ Casado(a) ○ Divorciado(a) ○ Unión Libre ○ Viudo(a) ○ Otro Precisar _____		
Grado de Estudios	○ Primaria ○ Secundaria ○ Preparatoria ○ Licenciatura ○ Maestría ○ Doctorado ○ Sin estudios ○ Otro Precisar _____		
Ocupación	○ Estudiante ○ Empleado ○ Comerciante ○ Hogar ○ Otro Precisar _____		
Estado	_____ (Estado de la República Mexicana donde reside)		

2.- Acreditación. Documentación que presenta para identificarse.

Documento	○ Credencial de Elector ○ Cartilla Militar ○ Pasaporte ○ Cédula Profesional

Folio de identificación	

3.- Nombre y firma del Otorgante.

Con fundamento en el artículo 324, de la Ley General de Salud, yo en pleno uso de mis facultades mentales, no autorizo la disposición de mis órganos y/o tejidos para ser utilizados con fines de trasplantes.

Manifiesto que la información anteriormente asentada es veraz.

El Centro Nacional de Trasplantes no tiene obligación de informar a terceros sobre el deseo manifestado en este documento, por lo que se sugiere informarlo a su familia o a sus seres queridos.

Nombre y firma del Otorgante
(Se considera la posibilidad de la huella digital, en caso de que el Otorgante no pueda firmar)

4.- Datos de la Autoridad Sanitaria Competente ante la que se presenta el Formato.

Nombre, firma y sello de la Autoridad Sanitaria Competente.

El presente Formato, surtirá sus efectos, una vez que haya sido presentado ante la Autoridad Sanitaria Competente.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Centro Nacional de Trasplantes
Av. Contreras (edificio 5, plata alta) 428, Col. San Jerónimo Lidice,
Alcaldía La Magdalena Contreras, C.P. 10200, México, Ciudad de México.
Tel. (55) 54-87-99-02 ext. 51418, 51430.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

FORMATO, PARA MANIFESTAR LA NEGATIVA EXPRESA A SER DONADOR.

Fecha de presentación del Formato: Anotar la fecha con números legibles de la siguiente manera, dos dígitos para el día/dos dígitos para el mes/cuatro dígitos para el año.

1.- Datos del Solicitante. Deberá anotar sus datos personales.

Nombre completo: Anotar Nombre(s), apellido paterno y apellido materno.
Edad: Anotar la Edad (Años cumplidos).
Fecha de Nacimiento: Anotar la Fecha de Nacimiento de la siguiente manera, dos dígitos para el día/dos dígitos para el mes/cuatro dígitos para el año.
CURP: Anotar la Clave Única de Registro de Población si la tuviere.
Sexo: Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente.
Nacionalidad: Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.
Estado Civil: Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.
Grado de Estudios: Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.
Ocupación: Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.
Estado: Anotar el Estado de la República Mexicana donde reside.

2.- Acreditación. Documentación que presenta para identificarse.

Documento: Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente.
Folio de identificación: Anotar el folio de identificación del Documento Oficial con el que se identifica.

3.- Nombre y firma del Otorgante.

Nombre y firma del Otorgante: Anotar el nombre completo y la firma del Otorgante. La huella digital del Otorgante será válida, en caso de que éste no pueda firmar.

4.- Datos de la Autoridad Sanitaria Competente ante la que se presenta el Formato.

Este rubro será llenado por el Funcionario Público ante quien se presenta el Formato.

Nota: El Formato deberá acompañarse con una copia fotostática de su identificación Oficial (credencial de elector, cédula profesional, pasaporte o cartilla del servicio militar.) del Otorgante. Tanto el Formato, como los documentos que se acompañen no serán válidos, si los mismos presentan alteraciones, raspaduras o alguna enmendadura.