



# 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: **(214) 443-4255**

mail:

**Done Vida Texas**  
8190 Manderville Ln  
Dallas, TX 75231

fax:

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

## NOMBRE (Favor de llenar con letra de molde)

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

## GÉNERO

|           |                          |
|-----------|--------------------------|
| Masculino | <input type="checkbox"/> |
| Femenino  | <input type="checkbox"/> |

## 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) | <input type="checkbox"/> |
| Asiático                                                                            | <input type="checkbox"/> |
| Negro / Afroamericano                                                               | <input type="checkbox"/> |
| Hispano / Latino                                                                    | <input type="checkbox"/> |
| Polinesio                                                                           | <input type="checkbox"/> |
| 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)

|                                                           |                          |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------|
| Todos los órganos y tejidos                               | <input type="checkbox"/> |
| Órganos y tejidos específicos (Seleccione a continuación) | <input type="checkbox"/> |

## PROPÓSITO DE LA DONACIÓN (Seleccione uno)

|                                                        |                          |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|
| Para trasplantar, investigación, educación y/o terapia | <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) |
|-------|---------------------|