



Departamento de Salud y Servicios a la Tercera Edad de Missouri
P.O. Box 570, Jefferson City, MO 65102-0570 TELÉFONO: 573-751-6400 FAX: 573-751-6010
RELAY MISSOURI Los ciudadanos con algún problema auditivo o del habla pueden marcar 711



Randall W. Williams, MD, FACOG
el Director

Michael L. Parson
Gobernador

Hoja informativa para la retirada del registro de donantes de tejidos y órganos de Missouri

El registro de donantes de tejidos y órganos de Missouri, es un listado confidencial de donantes de ojos, tejidos y órganos administrado por el Departamento de Salud y Servicios a la Tercera Edad. No se le requiere estar en el registro para ser un donante y puede retirar su nombre en cualquier momento. Usted también puede modificar o revocar su decisión en cualquier momento. El incluir su nombre en el registro significa que usted da su consentimiento para que sus órganos y tejidos sean dados a otros una vez sobrevenga su muerte. El consentimiento prestado en primera persona hace que su decisión sea definitiva, a menos que sea revocado en la forma prevista en la ley. Para ser retirado del registro de Missouri, por favor complete este formulario y envíelo como se indica en el formulario.

Modificación del consentimiento: Usted puede modificar su documentación del registro yendo a www.missouriorgandonor.com (Actualizar mi perfil) o cumplimentando una solicitud de inscripción en papel (http://health.mo.gov/living/organdonor/pdf/enrollment_application.pdf). Si cumplimenta una solicitud en papel, por favor rellénela y envíela como se indica en el formulario.

Revocación: Usted puede retirar o revocar su consentimiento de la lista del registro. Dicha acción no implica una negativa a realizar un regalo anatómico. Otras personas autorizadas pueden realizar ese tipo de regalo por usted a menos que usted siga los pasos que les impidan hacerlo. Para revocar su consentimiento, debe cumplimentar una solicitud de retirada disponible en http://health.mo.gov/living/organdonor/pdf/removal_form.pdf, o llame al 888-497-4564. Imprima, firme y envíe por correo o fax el formulario usando la información que se provee en la parte inferior del formulario.

Negativa: Si usted deniega el hacer un regalo anatómico y quiere prohibir que otros lo hagan en su nombre, usted puede formalizar una negativa llevando a cabo uno de los pasos que se detallan a continuación. Asegúrese de proporcionar copias de la documentación a familia, amigos u otras personas que puedan tomar decisiones de poner fin a la vida por usted. Esta información no será incluida en el registro, ni será administrada por el Departamento de Salud y Servicios a la Tercera Edad.

- Un documento o escrito firmado por usted.
- Un testamento.
- Un documento o escrito firmado por otra persona bajo su dirección, si usted se encuentra físicamente impedido para firmar, y siendo testigo de ello al menos dos adultos, siendo uno de ellos un testigo desinteresado, que firmen bajo su petición y avalen dicho acto.
- Una comunicación hecha por usted en cualquier forma durante su enfermedad terminal o lesión, dirigida a al menos a dos adultos, siendo uno de ellos un testigo desinteresado.

Preguntas: Las respuestas a preguntas generales sobre donaciones pueden ser encontradas en: www.missouriorgandonor.com. Si tiene preguntas sobre los procedimientos relacionados con transplantes o donaciones, por favor contacte con una de las siguientes agencias:

Red de Transplantes del Medio Oeste (<http://www.mwtn.org/>)
Transplantes de Mid-America (<http://www.mts-stl.org>)
Mantener la Vista (<https://www.saving-sight.org>)

www.health.mo.gov

Misurianos saludables por la vida.

El Departamento de Salud y Servicios a la Tercera Edad de Missouri será líder en la promoción, protección y trabajo en equipo por la salud.

EMPLEADOR QUE OFRECE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES/ACCIÓN AFIRMATIVA: Los servicios son prestados en base a criterios no discriminatorios.



La mayoría de la información de este formulario es requerida, así que por favor asegúrese de que el formulario está completo. Recibirá un correo electrónico o carta confirmando su retirada, o cuando sea necesario que la información sea clarificada y/o verificada. Llame gratis si tiene preguntas: 888-497-4564

Cumplimente la información siguiente para ser retirado del registro.

NOMBRE DEL PARTICIPANTE (APELLIDO)	(NOMBRE)	(SEGUNDO NOMBRE)	(GENERACIÓN)
DIRECCIÓN (POSTAL)	(CIUDAD)	(ESTADO)	(CÓDIGO POSTAL)

CONDADO DE RESIDENCIA	GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
-----------------------	--

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ MES DÍA AÑO	Nº DE SEGURIDAD SOCIAL O Nº DE PERMISO DE CONDUCIR
--	--

RAZA (opcional) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro	ETNIA (opcional) <input type="checkbox"/> Latino <input type="checkbox"/> Otro
---	--

FIRME CON LAS INICIALES EN LA CATEGORÍA APROPIADA

___ Afirmo que soy mayor de 18 años o más y que estoy capacitado para otorgar mi pleno consentimiento legal.
 ___ Afirmo que soy menor de 18 años, un menor emancipado y capaz de otorgar mi pleno consentimiento legal.
 ___ Afirmo que soy menor de 18 años pero al menos tengo 16 años, y no estoy emancipado.
 ___ Soy el padre/tutor del niño que se retira del registro. Mi relación con el niño es: _____.

Afirmo que soy la persona antes nombrada y que la información facilitada es veraz y correcta.

Por favor retire mi nombre del Registro de Donantes de Tejidos y Órganos de Missouri. Esto no es una negativa a ser un donante.

FIRMA (Requerida del solicitante o del padre/tutor si se retira a un niño.)	FECHA
---	-------

FIRMA DEL TESTIGO (Requerida si el adulto se encuentra físicamente impedido para firmar incluyendo los casos debidos a una enfermedad terminal o lesión)	FIRMA DEL TESTIGO DESINTERESADO (Requerida si el adulto se encuentra físicamente impedido para firmar incluyendo los casos debidos a una enfermedad terminal o lesión)
--	--

Envíe el formulario completo to fax o correo:
 Missouri Organ and Tissue Donor Program
 Missouri Department of Health and Senior Services
 PO Box 570
 Jefferson City, MO 65102-0570

Teléfono (llamada gratuita) 888-497-4564
 Fax: 573-522-2898

Una confirmación le será enviada.