

Consentimiento de Donación de Tejidos Oculares



Yo, _____
En pleno uso de mis facultades mentales y volitivas.

Manifiesto:

Que en beneficio de la humanidad y la ciencia, es mi voluntad libre y espontánea **DONAR** mis tejidos oculares, una vez haya sido declarada mi muerte clínica y legalmente.

Para tal efecto autorizo al Banco de Córneas y Esclerótica de Guatemala (BANCÓRNEAS), para que llegado el momento, realice la extracción del tejido ocular en el lugar que considere más adecuado y proceda a la utilización de los mismos, según lo establece la Ley para la Disposición de Órganos y Tejidos Humanos (Decreto No. 91-96) y el Reglamento para la Creación, Funcionamiento y Control del Banco de Córneas y Esclerótica de Guatemala (Acuerdo No. 440-2013).-

Guatemala, _____

Nombre del Donador: _____ Edad: _____

Número de Identificación: _____

Dirección: _____

Nombre del Familiar más cercano (o testigo) _____

Documento de identificación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Firma del donador

Firma del Familiar más cercano
(o testigo)