

Authorization for Anatomical Gift

Donor: _____

Donee/Recipient: _____

Proposed Gift:

- Any needed organs, tissues or parts, including eyes or a pacemaker.
- Only the following organs or parts: _____

Purpose:

- Any permissible use (transplant, therapy, research, education)
- Transplantation or therapy only
- Research or education only

Limitations, if any:

1. In the hope and with the expectation that this contribution will be used for the purposes described above, I, a person authorized by the California Uniform Anatomical Gift Act to make this contribution, hereby authorize the gift of the organs, tissues and parts described above.
2. I understand that this authorization also permits any examinations, tests and review of medical history necessary to assure medical acceptability of the organs, tissues and parts donated. It also includes the transfer to the transplant facility or recipient of medical information or records pertaining to the donor.
3. This authorization is voluntarily made, without obligation on the part of the donee, the hospital named above, or any person authorized by law to receive this gift, and is motivated solely by humanitarian instincts without hope of compensation of any kind. I therefore release any claims that I or my legal representative may have now or in the future against my physician(s), his or her associates, the hospital named above, its agents or employees, and any donee or authorized person or organization.
4. I understand that tissue banks work with both nonprofit and for-profit tissue processors and distributors. Unless I indicate otherwise below, it is possible that donated skin may be used for cosmetic or reconstructive surgery purposes and that donated tissue may be used for transplants outside of the United States. (If you wish to place limitations on the use of organs, tissues or parts, please so indicate below.)
 - a. I wish my donated skin to be used for life-saving and reconstructive purposes only and not for cosmetic surgery purposes.

Yes / No _____
(Initial here)

b. I wish my donated tissue to be used in the United States only.

Yes / No _____
(Initial here)

c. I wish my donated tissue to be donated to non-profit tissue organizations only.

Yes / No _____
(Initial here)

5. Should any of the organs, tissues and/or parts I am donating by this authorization no longer be useful or needed for the donated purposes specified, I expressly waive any requirement that the remains be returned to a person otherwise authorized to control their disposition.

Yes / No _____
(Initial here)

6. This authorization is expressly conditioned upon the following conditions:

If signed by donor or donor's authorized agent:

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(donor/donor's authorized agent)

Print name: _____

Signature: _____
(witness)

Print name: _____
(witness)

If the donor or authorized agent is physically unable to sign:

If the donor or donor's authorized agent is alive but is physically unable to sign, the undersigned individual and two witnesses each affirm that this Authorization for Anatomical Gift was signed at the direction of, and in the presence of, the donor or the donor's authorized agent and of each other and that at least one witness is "disinterested" (someone other than the spouse, child, parent, sibling, grandchild, grandparent, or guardian of the individual who is making the anatomical gift, or another adult who exhibited special care and concern for the individual making the gift, or an individual or representative of an entity that is a potential recipient of the gift).

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(donor/donor's authorized agent)

Print name: _____

Signature: _____
(witness #1)

Print name: _____
(witness #1)

Signature: _____
(witness #2)

Print name: _____
(witness #2)

If the donor is between 15 and 18 years of age, the written consent of a parent or guardian must be obtained unless the donor is an emancipated minor.

Date: _____ Time: _____ AM / PM

Signature: _____
(parent/guardian/legal representative)

Print name: _____
(parent/guardian/legal representative)

Indicate Relationship: _____

Directions for Completion:

1. If signed by the donor or an authorized agent of the donor, it is advisable but not required that this form be witnessed.
2. If the donor is still alive but the donor or an agent authorized to sign on the donor's behalf under Health and Safety Code Section 7150.15 cannot sign this form himself or herself, it must be signed by another individual and by two witnesses, all of whom have signed at the direction of, and in the presence of, the donor or the donor's authorized agent and of each other. At least one witness must be "disinterested" – i.e., someone other than the spouse, child, parent, sibling, grandchild, grandparent, or guardian of the individual who is making the anatomical gift, or another adult who exhibited special care and concern for the individual making the gift, or an individual or representative of an entity to which the anatomical gift could pass under Health and Safety Code Section 7150.50.
3. If the donor is deceased, this form may be signed by any person so authorized under Health and Safety Code Section 7150.40(a). It is advisable but not required that it be witnessed.

NOTE: A copy of this completed form must be offered to the person who signs it (the donor or the donor's representative).

Reference: Health and Safety Code Sections 7150.20 and 7158.3

NOTE: This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.
(See www.calhospital.org/taglines, for detailed information.)

Autorización Para Donación Anatómica

Donante: _____

Donatario/receptor: _____

Donación propuesta:

- Cualquier órgano, tejido o parte necesario, incluidos los ojos o un marcapasos.
- Sólo los siguientes órganos o partes: _____

Propósito:

- Cualquier uso permisible (trasplante, terapia, investigación, educación)
- Sólo para terapia o trasplante
- Sólo para investigación o educación

Limitaciones, si las hubiera:

1. Con la esperanza y la expectativa de que esta contribución se use para los propósitos antes descritos, yo, una persona autorizada por la Ley uniforme de donaciones anatómicas de California (California Uniform Anatomical Gift Act) para hacer esta contribución, por la presente, autorizo la donación de los órganos, los tejidos y las partes antes descritos.
2. Entiendo que esta autorización también permite cualquier examen, prueba o revisión de la historia clínica que sean necesarios para garantizar la aceptabilidad médica de los órganos, los tejidos y las partes donadas. También incluye la transferencia al centro de trasplantes o al receptor de la información o los expedientes médicos relativos al donante.
3. Esta autorización se hace en forma voluntaria, sin compromiso por parte del donatario, del hospital antes mencionado ni de ninguna persona autorizada por la ley para recibir esta donación, y está motivada únicamente por instintos humanitarios, sin la esperanza de recibir compensación de ningún tipo. Por consiguiente, eximo a mi(s) médico(s), a sus colaboradores, al hospital antes mencionado, a sus agentes o empleados, y a cualquier donatario o persona u organización autorizada, de cualquier reclamo que yo o mi representante legal podamos tener ahora o en el futuro contra ellos.
4. Entiendo que los bancos de tejidos trabajan tanto con procesadores y distribuidores de tejidos sin fines de lucro, como con otros que lo hacen con fines comerciales. A menos que a continuación indique lo contrario, es posible que la piel donada se utilice con fines quirúrgicos estéticos o reconstructivos, y que el tejido donado se pueda usar para trasplantes fuera de los Estados Unidos. (Si desea imponer limitaciones al uso de los órganos, los tejidos o las partes, indíquelo a continuación.)

a. Deseo que la piel que doné se use únicamente con fines reconstructivos y para salvar vidas, y no con fines quirúrgicos estéticos.

Sí / No _____
(coloque aquí sus iniciales)

b. Deseo que el tejido donado se use únicamente en los Estados Unidos.

Sí / No _____
(coloque aquí sus iniciales)

c. Deseo que el tejido donado se done únicamente a organizaciones de tejidos sin fines de lucro.

Sí / No _____
(coloque aquí sus iniciales)

5. Si alguno de los órganos, los tejidos o las partes que estoy donando por medio de esta autorización ya no fuera útil o necesario para los fines de la donación especificados, renuncio de manera expresa a cualquier requisito de que los restos se devuelvan a una persona que, de otro modo, esté autorizada para controlar cómo disponer de ellos.

Sí / No _____
(coloque aquí sus iniciales)

6. Esta autorización está condicionada de forma expresa por las siguientes condiciones:

Si está firmada por el donante o el representante autorizado del donante:

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(donante/representante autorizado del donante)

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma: _____
(testigo)

Nombre en letra de imprenta: _____
(testigo)

Si el donante o su representante autorizado son físicamente incapaces de firmar:

Si el donante o su representante autorizado están vivos, pero son físicamente incapaces de firmar, el abajo firmante y dos testigos afirman que esta autorización de donación anatómica fue firmada bajo la dirección y en presencia del donante, o del representante autorizado del donante, y de cada uno de ellos, y que al menos uno de los testigos es una parte "desinteresada" (alguien que no es cónyuge, hijo/a, padre o madre, hermano/a, nieto/a, abuelo/a o tutor del individuo que hace la donación anatómica, ni otro adulto que haya mostrado especial atención y preocupación por el individuo que hace la donación, ni un individuo o representante de una entidad que sean posibles receptores de la donación).

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(donante/representante autorizado del donante)

Nombre en letra de imprenta: _____

Firma: _____
(testigo #1)

Nombre en letra de imprenta: _____
(testigo #1)

Firma: _____
(testigo #2)

Nombre en letra de imprenta: _____
(testigo #2)

Si el donante tiene entre 15 y 18 años de edad, debe obtenerse el consentimiento por escrito del padre, madre o tutor, a menos que el donante sea un menor emancipado.

Fecha: _____ Hora: _____ AM / PM

Firma: _____
(padre/madre/tutor legal/representante legal)

Nombre en letra de imprenta: _____
(padre/madre/tutor legal/representante legal)

Indicar relación: _____

Instrucciones para Llenar el Formulario:

1. Si está firmado por el donante o un representante autorizado del donante, se recomienda, pero no se exige, la presencia de testigos.
2. Si el donante todavía está vivo, pero ni él ni un representante autorizado para firmar en su nombre conforme a la sección 7150.15 del Código de Salud y Seguridad pueden firmar este formulario por sí mismos, lo deben firmar otro individuo y dos testigos, todos los cuales deben firmar bajo la dirección y en presencia del donante, o de su representante autorizado, y de cada uno de ellos. Al menos uno de los testigos debe ser parte “desinteresada”, es decir, alguien que no sea cónyuge, hijo/a, padre o madre, hermano/a, nieto/a, abuelo/a o tutor del individuo que hace la donación anatómica, ni otro adulto que haya mostrado especial atención y preocupación por el individuo que hace la donación, ni un individuo o representante de una entidad a los que pudiera entregar la donación anatómica conforme a la sección 7150.50 del Código de Salud y Seguridad.
3. Si el donante ha fallecido, este formulario puede ser firmado por cualquier persona autorizada para hacerlo conforme a la sección 7150.40(a) del Código de Salud y Seguridad. Se recomienda, pero no se exige, la presencia de testigos.

OBSERVACIÓN: Se debe proporcionar una copia de este formulario completo a la persona que lo firma (el donante o su representante)

Reference: Health and Safety Code Sections 7150.20 and 7158.3

NOTE: This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.
(See www.calhospital.org/taglines, for detailed information.)