


Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación



SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION DE PROCURACION Y TRASPLANTE DE LA REPUBLICA ARGENTINA
Registro Nacional de Procuración y Trasplante

Formulario
90 - PD
V.1

Acta de Autorización - Ley 27.447 - Art. 34

HOJA 1 DE 1

Datos del proceso de donación

Lugar:

PROCESO Nº:

Establecimiento:

H. C. Nº:

Servicio:

Domicilio:

Datos del donante cadavérico

Apellido/s:

Nombre/s:

Tipo de documento:

Nº:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Nacionalidad:

Órgano/s y tejido/s que se donan

Órganos y/o tejidos:

Enunciación de los órganos y/o tejidos que se donan:

Con fines de:

Datos del padre o tutor/a

Apellido/s:

Nombre/s:

Tipo de documento:

Nº:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Nacionalidad:

Calle:

Nº:

Piso:

Dpto.:

Localidad:

Partido/Dpto.:

Provincia:

CP:

Tel.:

En ejercicio de la facultad que confiere al Art. 34 de la Ley 27.447

INVOCANDO VINCULO autorizo la ablación.

ACREDITANDO VINCULO autorizo la ablación.

Firma

Datos de la madre

Apellido/s:

Nombre/s:

Tipo de documento:

Nº:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Nacionalidad:

Calle:

Nº:

Piso:

Dpto.:

Localidad:

Partido/Dpto.:

Provincia:

CP:

Tel.:

En ejercicio de la facultad que confiere al Art. 34 de la Ley 27.447

INVOCANDO VINCULO autorizo la ablación.

ACREDITANDO VINCULO autorizo la ablación.

Firma


Ley 27.447 - Art. 34 - La presente reviste a todos los efectos el carácter de declaración jurada.

Dentro de las 48 hs. deberá presentar la documentación respaldatoria del vínculo en el INCUBAI u Organismo Jurisdiccional correspondiente


Observaciones:

Fecha:

Firma y sello del responsable de la entrevista familiar



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación



SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION DE PROCURACION Y TRASPLANTE DE LA REPUBLICA ARGENTINA
Registro Nacional de Procuración y Trasplante

Formulario
91 - PD
V.1

Acta de Autorización - Ley 27.447 - Art. 34

Constancia de acta de donación de órganos y/o tejidos del donante:

PROCESO Nº:

Lugar:

Fecha:

Firma y sello del responsable de la entrevista familiar