

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL**  
**INSTITUTO NACIONAL DE ABLACION Y TRASPLANTE – I.N.A.T.**  
**FORMA10.1 CERTIFICADO DE AUTORIZACIÓN PARA ABLACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS**  
**DONANTE CADAVÉRICO (LEY 1246/98)**

Fecha de Inscripción ___ / ___ / ___	Hora _____	Reg. No. _____	
<b>Institución Responsable:</b> _____ <b>Dirección</b> _____ <b>Tel.</b> _____ <b>Fax / E'mail</b> _____			
<b>CERTIFICAMOS</b> que hemos sido informados e ilustrados por los profesionales médicos, en forma precisa y detallada de la muerte cerebral establecida científicamente, del paciente – donante.  <b>Nombre y Apellido del Donante</b> _____ <b>C.I. N°</b> _____ <b>Edad</b> _____ <b>Sexo</b> _____			
<b>ACEPTAMOS Y AUTORIZAMOS</b> responsable y voluntariamente la ablación de los siguientes órganos y tejidos a los equipos médicos:			
Riñones <input type="checkbox"/>	Corazón <input type="checkbox"/>	Pulmón <input type="checkbox"/>	Páncreas <input type="checkbox"/>
Corneas <input type="checkbox"/>	Piel <input type="checkbox"/>	Huesos <input type="checkbox"/>	Hígado <input type="checkbox"/>
Músculos y Tendones <input type="checkbox"/>	Válvulas <input type="checkbox"/>	Vasos Sanguíneos <input type="checkbox"/>	Todos <input type="checkbox"/>
<b>Familiares responsables del donante / Juez o Fiscal interviniente</b>			
Nombre y Apellidos _____		C.I. N° _____	
Grado de parentesco _____		Tel. _____	
Dirección _____		Firma _____	
Nombre y Apellidos _____		C.I. N° _____	
Grado de parentesco _____		Tel. _____	
Dirección _____		Firma _____	
<b>Profesional responsable</b>			
<b>Firma y Aclaración:</b> _____		<b>Reg. Prof. N°:</b> _____	
<b>INAT – Capitán Lombardo c/ Avda. Santísimo Sacramento</b> <b>Tel/fax (595 21) 286337 e-mail: <a href="mailto:inatpy@gmail.com">inatpy@gmail.com</a></b>			