

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE ABLACION Y TRASPLANTE – I.N.A.T
FORM A10. Notificacion Sobre Ley 6.170/18

Luego de verificar con el Instituto Nacional de Ablación y Trasplantes, que el fallecido identificado como _____ con cédula de identidad Nro. _____ no ha manifestado oposición legal en vida a la donación de organos y tejidos, dado por Revisión de Registro de Oposición; siendo las ____:____ del día ____ del mes ____ del año _____.

Se deja constancia que se ha informado sobre la existencia, beneficios, alcance y objeto de la Ley 6.170/18: DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS Y TEJIDOS ANATÓMICOS HUMANOS” “Art. 17.-Toda persona capaz, mayor de dieciocho años, podrá manifestar su oposición ante el Instituto Nacional de Ablación y Trasplante (INAT) o en las instituciones o locales que éste habilite al efecto, para que después de ser confirmada su muerte, se proceda a la ablación de órganos y tejidos de su cuerpo, para ser trasplantados en otros seres humanos vivos o con fines de estudio e investigación científica. Esta voluntad expresada será respetada en todos los casos. La oposición a que se refiere el presente artículo podrá especificar los órganos cuya ablación se prohíbe, de un modo específico o genérico. De no existir esta especificación, se entenderán abarcados exclusivamente a los fines de trasplante en seres humanos vivos y excluidos los de estudios e investigación científica. El Instituto Nacional de Ablación y Trasplante (INAT) habilitará un registro nacional de opositores a la donación de órganos y tejidos, en el cual se asentarán en forma ordenada y con los datos pertinentes, las manifestaciones de oposición para la ablación de órganos y tejidos.”

Dejo constancia de que se ha informado sobre las disposiciones de la presente ley para la donación y extracción de componentes anatómicos:

1. Organos:.....
2. Tejidos:.....

Familiares Notificados:

Nombres y Apellidos _____	C.I.:
Grado de Parentesco: _____	Firma:
Dirección _____	Telef.

Nombres y Apellidos _____	C.I.:
Grado de Parentesco: _____	Firma:
Dirección _____	Telef.

Médico de la Institución

Nombres y Apellidos _____ Firma:

Observación: