



NEW YORK STATE DONATE LIFE REGISTRY

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

donatelife.ny.gov | 1-866-NY DONOR

**Campos obligatorios. Escriba claramente a máquina o en letra de molde con tinta negra o azul.*

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

*Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ *Apellido: _____

Sufijo: _____ (hijo, padre, segundo, etc.) *Fecha de nacimiento: ____/____/____ (MM/DD/AAAA)

* Dirección postal:			En caso de ser diferente a la anterior, Dirección de residencia:		
Dirección 1:			Dirección 1:		
Dirección 2:			Dirección 2:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

*Número de teléfono: (____) _____ - _____ Dirección de correo electrónico: _____

*Sexo: Hombre Mujer *Estatura: Pies: _____ Pulgadas: _____ *Color de ojos: _____

Número de identificación:

Número de permiso de conducir del estado de Nueva York (9 dígitos): _____

Número de identificación para no conductores del estado de Nueva York (9 dígitos): _____

Número de IDNYC: _____

ESPECIFICACIONES: Complete la parte 1 Y la parte 2.

* Parte 1:

Acepto donar todos mis órganos, tejidos y ojos.

Acepto donar solamente los órganos, tejidos y ojos marcados a continuación:

Órganos

- Corazón
- Intestinos
- Riñones
- Hígado
- Pulmones
- Páncreas

Tejidos

- Vasos sanguíneos
- Huesos y tejido conjuntivo
- Córneas
- Ojos
- Piel

* Parte 2:

*** Acepto donar mis órganos o tejidos para los siguientes fines:**

- Trasplante e investigación
- Trasplante solamente
- Investigación científica solamente

Al firmar a continuación, indico que doy mi consentimiento para inscribirme en el New York State Donate Life Registry. Comprendo que, al inscribirme en el registro, doy consentimiento legal para la donación de mis órganos, tejidos y ojos (conforme se especificó anteriormente) en caso de mi fallecimiento.

Autorizo el acceso a esta información, según sea necesario, a la administración del registro, a las organizaciones de obtención de órganos reguladas a nivel federal, a los bancos de ojos y tejidos con licencia en el estado de Nueva York, y a las entidades formalmente autorizadas por el Comisionado de Salud del estado de Nueva York.

*Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Complete, firme y feche este formulario; envíelo al NYS Donate Life Registry por correo electrónico: registry@donatelife.ny.gov o a través del correo postal de los Estados Unidos a la siguiente dirección:

New York State Donate Life Registry
Donate Life New York State
185 Jordan Road
Troy, NY 12180

(Spanish)