



**FORMATO, PARA MANIFESTAR LA NEGATIVA EXPRESA A SER DONADOR.**

Antes de llenar este Formato lea cuidadosamente el instructivo al reverso, llénesse con letra de molde legible o máquina.

**Fecha de presentación del Formato**  (dd/mm/aaaa)

**1. Datos del Solicitante. Deberá anotar sus datos personales.**

Nombre completo	<input type="text"/> Nombre(s)	<input type="text"/> Apellido Paterno	<input type="text"/> Apellido Materno
Edad	<input type="text"/> años cumplidos De conformidad con el 322, párrafo cuarto, de la Ley General de Salud, la donación expresa, cuando corresponda a mayores de edad con capacidad jurídica, no podrá ser revocada por terceros, pero el donante podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, sin responsabilidad de su parte.		
Fecha Nacimiento	<input type="text"/> (dd/mm/aaaa)		
CURP	<input type="text"/>		
Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
Nacionalidad	<input type="checkbox"/> Mexicano(a) <input type="checkbox"/> Otro    Precisar _____		
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Otro    Precisar _____		
Grado de Estudios	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Sin estudios <input type="checkbox"/> Otro Precisar _____		
Ocupación	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro    Precisar _____		
Estado	<input type="text"/> (Estado de la República Mexicana donde reside)		

**2.- Acreditación. Documentación que presenta para identificarse.**

Documento  Credencial de Elector     Cartilla Militar     Pasaporte     Cédula Profesional

Folio de identificación

**3.- Nombre y firma del Otorgante.**

Con fundamento en el artículo 324, de la Ley General de Salud, yo en pleno uso de mis facultades mentales, no autorizo la disposición de mis órganos y/o tejidos para ser utilizados con fines de trasplantes.

**Manifiesto que la información anteriormente asentada es veraz.**

El Centro Nacional de Trasplantes no tiene obligación de informar a terceros sobre el deseo manifestado en este documento, por lo que se sugiere informarlo a su familia o a sus seres queridos.

Nombre y firma del Otorgante

(Se considera la posibilidad de la huella digital, en caso de que el Otorgante no pueda firmar)

**4.- Datos de la Autoridad Sanitaria Competente ante la que se presenta el Formato.**

Nombre, firma y sello de la Autoridad Sanitaria Competente.

**El presente Formato, surtirá sus efectos, una vez que haya sido presentado ante la Autoridad Sanitaria Competente.**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD



Centro Nacional de Trasplantes

Carretera Picacho Ajusco No. 154 6to. Piso, Col. Jardines en la Montaña, Delegación Tlalpan, C.P. 14210, México, D.F.  
Tel. 01 (55) 54-87-99-02 ext. 51425, 51431.

## INSTRUCTIVO DE LLENADO

FORMATO, PARA MANIFESTAR LA NEGATIVA EXPRESA A SER DONADOR.

**Fecha de presentación del Formato:** Anotar la fecha con números legibles de la siguiente manera, dos dígitos para el día/dos dígitos para el mes/cuatro dígitos para el año.

### 1.- Datos del Solicitante. Deberá anotar sus datos personales.

**Nombre completo:** Anotar Nombre(s), apellido paterno y apellido materno.

**Edad:** Anotar la Edad (Años cumplidos).

**Fecha de Nacimiento:** Anotar la Fecha de Nacimiento de la siguiente manera, dos dígitos para el día/dos dígitos para el mes/cuatro dígitos para el año.

**CURP:** Anotar la Clave Única de Registro de Población si la tuviere.

**Sexo:** Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente.

**Nacionalidad:** Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

**Estado Civil:** Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

**Grado de Estudios:** Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

**Ocupación:** Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

**Estado:** Anotar el Estado de la República Mexicana donde reside.

### 2.- Acreditación. Documentación que presenta para identificarse.

**Documento:** Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente.

**Folio de identificación:** Anotar el folio de identificación del Documento Oficial con el que se identifica.

### 3.- Nombre y firma del Otorgante.

Nombre y firma del Otorgante: Anotar el nombre completo y la firma del Otorgante. La huella digital del Otorgante será válida, en caso de que éste no pueda firmar.

### 4.- Datos de la Autoridad Sanitaria Competente ante la que se presenta el Formato.

Este rubro será llenado por el Funcionario Público ante quien se presenta el Formato.

**Nota:** El Formato deberá acompañarse con una copia fotostática de su identificación Oficial (credencial de elector, cédula profesional, pasaporte o cartilla del servicio militar.) del Otorgante. Tanto el Formato, como los documentos que se acompañen no serán válidos, si los mismos presentan alteraciones, raspaduras o alguna enmendadura.