

BANCO DE TEJIDOS	F-BCT-106 Autorización para la donación de vivo Rev 1
-------------------------	--

Pegatina de admisión
En su defecto, rellenar los datos adjuntos

Número de Historia Clínica:
Nombre:
Apellidos:
Fecha de nacimiento: Sexo:
Teléfono:

Dn/ña....., declaro que he sido informado por el Dr./a D. perteneciente al Servicio de.....del Hospital, de la intervención a la que voy a ser sometido y de la posibilidad de utilizar el tejido que se me va a extraer para salvar la vida o mejorar la salud de otra persona.

Autorizo al Banco de Tejidos del Hospital U. de Getafe, a que utilice el material, así como, a que se me realicen los análisis necesarios para el uso adecuado del tejido.

Fdo: El paciente

Fdo: El médico

Fdo:El representante legal

En, a....., de....., de.....