Hospital Universitario de Getafe SaludMadrid **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.....