



## Programa de Donación de Cuerpos de OHSU

3181 Sam Jackson Park Road L341

Portland, Oregon 97239

(Teléfono): 503.494.8302 (Fax): 503.418.0588

(Correo electrónico): [donation@ohsu.edu](mailto:donation@ohsu.edu)

### Cómo donar su cuerpo al Programa de Donación de Cuerpos de OHSU:

**Acerca de nosotros:** El Programa de Donación de Cuerpos de OHSU se fundó en 1976. Es el programa de donación de cuerpos completos sin fines de lucro y con más antigüedad de Oregon. Cumplimos con todas las leyes federales y estatales para el cuidado de todos los cuerpos donados, incluida la Ley de Donación de Materiales Anatómicos de Oregon (revisada en 2007).

**Por qué donar:** Los médicos, cirujanos y residentes médicos usan cuerpos donados para capacitarse para las cirugías y para llevar a cabo investigaciones. También se usan para ayudar a enseñar anatomía a estudiantes de medicina en OHSU y en otras instituciones educativas similares del noroeste del Pacífico.

**Quién puede donar:** El Programa de Donación de Órganos solo acepta donaciones de personas mayores de 18 años. El programa puede aceptar o rechazar una donación en el momento del fallecimiento. Los motivos más comunes de rechazo son cirugías recientes sin curar, autopsias, enfermedades contagiosas, estado físico del cuerpo (traumatismo extremo, descomposición), patología que impida procedimientos de preparación adecuados y un peso corporal bajo o elevado. **Si se rechaza una donación en el momento del fallecimiento, el familiar más cercano o el agente autorizado deberá tomar otras medidas para la disposición final del cuerpo.**

El programa no asumirá ningún gasto derivado de estas medidas. Nuestro programa no realiza autopsias ni revela informes médicos formales ni ningún informe relacionado con estudios médicos.

**Cómo donar:** Puede inscribirse ahora en nuestro programa para donar su cuerpo más adelante, cuando fallezca. Si alguien ha fallecido y no está inscrito en nuestro programa, su familiar más cercano con autoridad legal (agente autorizado) puede inscribirlo.

#### Para donar SU cuerpo:

1. Complete el **formulario 1** y el **formulario de Autorización para el uso y la divulgación de Información de Salud Protegida**. Debe tener la capacidad legal para tomar decisiones en el momento en que complete el formulario.
2. Firme el formulario frente a dos testigos y pídale que lo firmen.
3. Envíe el formulario a: OHSU Body Donation, 3181 SW Sam Jackson Park Road L341, Portland, OR 97239, fax: 503-418-0588, correo electrónico: [donation@ohsu.edu](mailto:donation@ohsu.edu).

#### Para donar el cuerpo de OTRA PERSONA:

1. Complete el **formulario 2** y el **formulario de Autorización para el uso y la divulgación de Información de Salud Protegida**. Debe tener la capacidad legal para tomar decisiones sobre su cuerpo.
2. Firme el formulario frente a dos testigos y pídale que lo firmen.
3. Proporcione una copia de la directiva de atención médica u otra documentación que indique que tiene la autoridad legal para decidir qué hacer con el cuerpo.
4. Envíe el formulario y la copia de la directiva de atención médica a: OHSU Body Donation, 3181 SW Sam Jackson Park Road L341, Portland, OR 97239, fax: 503-418-0588, correo electrónico: [donation@ohsu.edu](mailto:donation@ohsu.edu).

Una vez que el programa reciba el formulario, le enviaremos una carta para informarle que lo hemos recibido. Puede modificar o cancelar su intención de donar, pero se aplican ciertas restricciones (llame al 503-494-8302 para obtener más información).

#### Qué hacer en el momento del fallecimiento:

1. Informe el fallecimiento por teléfono al 503-494-8302 y siga las indicaciones del sistema de voz.
2. Haremos una evaluación médica verbal para ver si podemos aceptar el cuerpo. Preferimos hacerlo con el personal del hospital o de atención médica.
3. Si aceptamos la donación, coordinaremos el traslado del cuerpo. Llame al 503-494-8302 para averiguar las tarifas de transporte para los condados fuera de la región metropolitana de Portland.
4. Nuestro proveedor de transporte contratado se comunicará con el familiar más cercano unos días después del fallecimiento para obtener más información para presentar el certificado de defunción. Si un donante ya acordó previamente con una casa funeraria, facilítele nuestra información.



**Programa de Donación de Cuerpos de OHSU**

3181 Sam Jackson Park Road L341  
Portland, Oregon 97239  
(Teléfono): 503.494.8302 (Fax): 503.418.0588  
(Correo electrónico): donation@ohsu.edu

**Formulario 1: Formulario de inscripción para la donación individual**

**Información del donante: (En letra de molde legible)**

Nombre legal: \_\_\_\_\_ Nombre en uso: \_\_\_\_\_  
Sexo asignado: \_\_\_\_\_ Pronombres: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Veterano, división: \_\_\_\_\_ Envíe una copia del documento DD214  
Estado civil: Soltero/a:  Viudo/a:  Casado/a:  Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_  
Nombre del familiar más cercano: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Autorizaciones: (escriba sus iniciales donde acepta) Autorizo a OHSU a:**

- 1. \_\_\_\_\_ Devolver mis restos en cuanto terminen los estudios  
(por lo general, más de 18 meses, pero no más de 3 años)
- 2. \_\_\_\_\_ Conservar mi cerebro y mis tejidos blandos para fines educativos  
(el resto se cremará y se devolverá en caso de que también se marque el punto 1)
- 3. \_\_\_\_\_ Conservar mis restos por un período indefinido (no se devolverán los restos)

**Qué hacer con mis restos: (escriba sus iniciales junto a una de las siguientes opciones)**

**Instruyo y autorizo a que se proceda de una de las siguientes maneras con mis restos:**

- 1. \_\_\_\_\_ NO cremar mis restos. Entregar el cuerpo a: \_\_\_\_\_ (casa funeraria).  
(Entiendo que mi familiar más cercano tendrá que pagar los gastos)
- 2. \_\_\_\_\_ Cremar mis restos y entregarlos a \_\_\_\_\_ (cementerio) para su inhumación.  
(Entiendo que mi familiar más cercano tendrá que pagar los gastos)
- 3. \_\_\_\_\_ Cremar mis restos. No se devolverán los restos y OHSU los enterrará en una fosa común para donantes de cuerpo entero en un cementerio elegido por OHSU.  
(OHSU no cobra por este servicio)
- 4. \_\_\_\_\_ Cremar mis restos y devolverlos a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

\*  Si no marco esta casilla, independientemente de la opción seleccionada arriba para el destino de mis restos, autorizo a mis familiares más cercanos a disponer de mis restos conforme a la ley vigente, según lo que ellos determinen.



## Programa de Donación de Cuerpos de OHSU

3181 Sam Jackson Park Road L341

Portland, Oregon 97239

(Teléfono): 503.494.8302 (Fax): 503.418.0588

(Correo electrónico): donation@ohsu.edu

### Consentimiento:

- Entiendo que al completar este formulario, autorizo a OHSU a aceptar y usar mi cuerpo, o trasladarlo a una institución calificada, para fines educativos y de investigación médica. Cuando muera, mi cuerpo puede embalsamarse, disecarse, desarticularse o plastinarse (conservado para siempre). Parte de estos procedimientos puede hacer que se destruya o no se pueda recuperar una pequeña cantidad de material durante el proceso.
- Entiendo que el programa hará ciertos análisis de laboratorio y los resultados pueden reportarse a la Oregon Health Authority según lo exige la ley.
- Entiendo que el Programa de Donación de Órganos puede prestar mi cuerpo a otras instituciones educativas o de investigación con fines de educación médica o de investigación. Según la Ley de Donación de Materiales Anatómicos, cuando OHSU presta un cuerpo donado a una institución externa, esta institución reembolsa a OHSU los gastos correspondientes a la extracción, procesamiento, conservación, control de calidad, almacenamiento, transporte o cremación del cuerpo.
- Entiendo y autorizo a OHSU a tomar fotografías o filmar (y conservar las imágenes o grabaciones) en cualquier formato con fines de educación médica y estudios de investigación. Entiendo que OHSU se ocupará de proteger mi identidad y dignidad, y solo se obtendrán imágenes y grabaciones de video cuando sea necesario para documentar y demostrar los hallazgos educativos o científicos.
- Entiendo y acepto que OHSU o una entidad autorizada para grabar un video de un cuerpo donado con fines médicos y educativos puede recibir una compensación como parte de un programa educativo. Entiendo que no me devolverán las grabaciones de video y renuncio a todos los derechos, derechos de propiedad, reclamos o intereses que pueda tener para controlar o aprobar el uso de las grabaciones de video para tales fines. Entiendo y acepto que no recibiré, ni tendré derecho a recibir, ninguna regalía u otra compensación ninguna regalía u otra compensación que surja de, o esté relacionada con, el uso de las grabaciones de video.
- Entiendo y acepto que un cuerpo donado podría usarse para hacer un descubrimiento que, en el futuro, podría patentarse o concederse bajo licencia a una compañía, lo que podría suponer un posible beneficio económico para dicha compañía o para OHSU. Entiendo que no está previsto que se me pague si esto ocurre y acepto que no tendré ningún derecho de propiedad o titularidad, ni interés económico sobre los productos o datos que puedan obtenerse del cuerpo donado.
- Entiendo que el donante o familiar más cercano (agente autorizado) no puede elegir cómo se usa el cuerpo o quién lo usa.
- Entiendo y acepto que la capacidad de OHSU para devolver los restos cremados puede verse afectada por el clima, las condiciones de las carreteras y otras circunstancias que están fuera de su control. Acepto que OHSU o las personas que actúen en su nombre no serán responsables de ningún retraso debido a estas circunstancias.
- Entiendo que OHSU podría no aceptar mi cuerpo en el momento de mi fallecimiento. Entiendo que si esto sucede, mi familiar más cercano (agente autorizado) debe tomar otras medidas para la disposición final y pagar el costo.
- Acepto que una copia de este formulario de inscripción tiene la misma validez que un formulario de inscripción firmado originalmente.
- Entiendo que puedo modificar o cancelar mi donación en cualquier momento antes de mi fallecimiento.



**Programa de Donación de Cuerpos de OHSU**

3181 Sam Jackson Park Road L341  
Portland, Oregon 97239  
(Teléfono): 503.494.8302 (Fax): 503.418.0588  
(Correo electrónico): donation@ohsu.edu

**Continuación del consentimiento:**

- Reconozco que tengo al menos 18 años y soy competente para tomar decisiones en mi propio nombre y que he firmado este formulario en presencia de al menos dos testigos adultos.

**Firma autorizada:**

He leído (o me han leído) todo este documento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas. Entiendo perfectamente este documento. Al firmar abajo, doy mi consentimiento para que se done mi cuerpo y se manejen mis restos como se describe. Al firmar abajo, me represento a mí mismo como el donante nombrado en este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del donante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Firma de los testigos:**

Dos testigos deben firmar este formulario para que pueda donar su cuerpo a OHSU. Uno de los dos testigos **debe ser** un “testigo imparcial”. Eso significa que **uno de los testigos NO PUEDE SER:**

- Su cónyuge, pareja de hecho, hijo/a, padre/madre, hermano/a, nieto/a, abuelo/a, pariente lejano o tutor del donante.
- Un adulto que muestre especial cuidado y preocupación por usted.
- Alguien que represente a una institución (como un hospital, una facultad de medicina acreditada, una facultad de odontología, una institución de educación superior, una universidad) o a una organización (como una organización de obtención de órganos, un banco de ojos, un banco de tejidos).

Al firmar abajo, declaro que presencié la firma de este formulario por parte de la persona cuyo nombre figura más arriba y que parecía estar en pleno uso de sus facultades mentales y no actuar bajo coacción (presión), fraude o influencia indebida. (Escriba con letra de molde clara)

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo **imparcial**

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del testigo

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Relación



**Programa de Donación de Cuerpos de OHSU**

3181 Sam Jackson Park Road L341  
Portland, Oregon 97239  
(Teléfono): 503.494.8302 (Fax): 503.418.0588  
(Correo electrónico): donation@ohsu.edu

**Formulario 2: Familiar más cercano (agente autorizado) para hacer la donación de un cuerpo a OHSU**

**Información del donante: (Escriba con letra de molde clara)**

Nombre legal: \_\_\_\_\_ Nombre en uso: \_\_\_\_\_  
Sexo asignado: \_\_\_\_\_ Pronombres: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
N.º de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Veterano, división: \_\_\_\_\_ Envíe una copia del documento DD214  
Estado civil: Soltero/a:  Viudo/a:  Casado/a:  Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_  
Nombre del familiar más cercano: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**Autorizaciones: (escriba sus iniciales donde acepta)**

**Yo, como el familiar más cercano (agente autorizado), autorizo a OHSU a:**

- 1. \_\_\_\_\_ Devolver los restos de la persona cuyo nombre figura más arriba en cuanto terminen los estudios (por lo general, más de 18 meses pero no más de 3 años)
- 2. \_\_\_\_\_ Conservar el cerebro y los tejidos blandos de la persona cuyo nombre figura más arriba para fines educativos (el resto se cremará y se devolverá en caso de que también se marque el punto 1)
- 3. \_\_\_\_\_ Conservar los restos de la persona cuyo nombre figura más arriba por un período indefinido (no se devolverán los restos)

**Qué hacer con los restos: (escriba sus iniciales en una opción)**

**Instruyo y autorizo a que se proceda de una de las siguientes maneras con los restos:**

- 1. \_\_\_\_\_ NO cremar los restos. Entregar el cuerpo a: \_\_\_\_\_ (casa funeraria).  
(Entiendo que el familiar más cercano pagará los gastos)
- 2. \_\_\_\_\_ Cremar los restos y entregarlos a \_\_\_\_\_ (cementerio) para su inhumación.  
(Entiendo que el familiar más cercano pagará los gastos)
- 3. \_\_\_\_\_ Cremar los restos. No se devolverán los restos y OHSU los enterrará en una fosa común para donantes de cuerpo entero en un cementerio elegido por OHSU.  
(OHSU no cobra por este servicio)
- 4. \_\_\_\_\_ Cremar los restos y devolverlos a:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_



## Programa de Donación de Cuerpos de OHSU

3181 Sam Jackson Park Road L341

Portland, Oregon 97239

(Teléfono): 503.494.8302 (Fax): 503.418.0588

(Correo electrónico): donation@ohsu.edu

### Consentimiento:

- Estoy autorizado a hacer esta donación en nombre de la persona mencionada en el formulario 2. Puedo proporcionar la directiva de atención médica u otro documento que acredite que puedo hacer legalmente la donación.
- No tengo conocimiento de ningún registro (firmado o no) emitido por la persona nombrada en el formulario 2, en el que se niega a donar su cuerpo.
- Entiendo que al completar este formulario, autorizo a OHSU a aceptar y usar el cuerpo, o trasladarlo a una institución calificada, para fines educativos y de investigación. Y al momento del fallecimiento, el cuerpo puede embalsamarse, disecarse, desarticularse o plastinarse (conservado para siempre). Parte de estos procedimientos puede hacer que se destruya o no se pueda recuperar una pequeña cantidad de material durante el proceso.
- Entiendo y autorizo a OHSU a tomar fotografías o filmar (y conservar las imágenes o videos) del cuerpo en cualquier formato con fines de educación médica y estudios de investigación. Entiendo que OHSU se ocupará de proteger mi identidad y dignidad. Solo se tomarán fotografías y se grabarán videos cuando sea necesario para documentar y demostrar los hallazgos educativos o científicos.
- Entiendo y acepto que OHSU o una entidad autorizada para grabar un video de un cuerpo donado con fines médicos y educativos puede recibir una compensación como parte de un programa educativo. Entiendo que no me devolverán las grabaciones de video y renuncio a todos los derechos, derechos de propiedad, reclamos o intereses que pueda tener para controlar o aprobar el uso de las grabaciones de video para tales fines. Entiendo y acepto que no recibiré, ni tendré derecho a recibir, ninguna regalía u otra compensación ninguna regalía u otra compensación que surja de, o esté relacionada con, el uso de las grabaciones de video.
- Entiendo y acepto que un cuerpo donado podría usarse para hacer un descubrimiento que, en el futuro, podría patentarse o concederse bajo licencia a una compañía, lo que podría suponer un posible beneficio económico para dicha compañía o para OHSU. Entiendo que no está previsto que se me pague si esto ocurre y acepto que no tendré ningún derecho de propiedad o titularidad, ni interés económico sobre los productos o datos que puedan obtenerse del cuerpo donado.
- Entiendo que el donante o familiar más cercano (agente autorizado) no puede elegir cómo se usa el cuerpo o quién lo usa.
- Entiendo y acepto que la capacidad de OHSU para devolver los restos cremados puede verse afectada por el clima, las condiciones de las carreteras y otras circunstancias que están fuera de su control. Acepto que OHSU o las personas que actúen en su nombre no serán responsables de ningún retraso debido a estas circunstancias.
- Entiendo que OHSU puede no aceptar el cuerpo en el momento del fallecimiento. Entiendo que si esto sucede, el familiar más cercano (agente autorizado) debe tomar otras medidas para la disposición final del cuerpo y pagar el costo.
- Acepto que una copia de este formulario tiene la misma validez que un formulario firmado originalmente.
- Entiendo que solo puedo modificar o cancelar una donación en las condiciones previstas por la ley.
- Tengo al menos 18 años. He firmado este formulario en presencia de al menos dos testigos adultos.
- Entiendo que realizarán determinados análisis de laboratorio en el cuerpo y es posible que tengan que informar los resultados a la Autoridad de Salud de Oregon si así lo exige la ley.

Revisado el 28 de junio de 2023



**Programa de Donación de Cuerpos de OHSU**

3181 Sam Jackson Park Road L341  
Portland, Oregon 97239  
(Teléfono): 503.494.8302 (Fax): 503.418.0588  
(Correo electrónico): donation@ohsu.edu

**Continuación del consentimiento:**

- Entiendo que el Programa de Donación de Órganos puede prestar el cuerpo a otras instituciones educativas o de investigación para la enseñanza o la investigación. Según la Ley de Donación de Materiales Anatómicos, cuando OHSU presta el cuerpo donado a una institución externa a OHSU, esta institución reembolsa a OHSU los gastos correspondientes a la extracción, procesamiento, conservación, control de calidad, almacenamiento, transporte o cremación del cuerpo.

**Firma autorizada:**

- He leído (o me han leído) todo este documento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir respuestas. Entiendo perfectamente este documento. Al firmar abajo, doy mi consentimiento para la donación y disposición de los restos como se describe. Al firmar abajo, me represento a mí mismo como el familiar más cercano (agente autorizado) nombrado en este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del familiar más cercano (agente autorizado)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y relación

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Teléfono

**Firma de los testigos:**

Dos testigos deben firmar este formulario para donar a OHSU. Uno de los dos testigos **debe ser** un “testigo imparcial”. Eso significa que **uno de los testigos NO PUEDE SER:**

- Cónyuge, pareja de hecho, hijo/a, padre/madre, hermano/a, nieto/a, abuelo/a, pariente lejano o tutor del donante.
- Un adulto que muestre especial cuidado y preocupación por el donante.
- Representante de una institución (como un hospital, una facultad de medicina acreditada, una facultad de odontología, una institución de educación superior, una universidad) o a una organización (como una organización de obtención de órganos, un banco de ojos, un banco de tejidos).

Al firmar abajo, declaro que presencié la firma de este formulario por parte de la persona cuyo nombre figura más arriba. Y, que parecía estar en pleno uso de sus facultades mentales y no actuar bajo coacción (presión), fraude o influencia indebida. (Escriba con letra de molde clara).

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo **imparcial**

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del testigo

\_\_\_\_\_  
Relación

\_\_\_\_\_  
Relación

Revisado el 28 de junio de 2023



**Oregon Health & Science University  
Hospitals and Clinics**  
**Servicios de información de salud/  
correspondencia médica**  
3181 SW Sam Jackson Park Rd,  
Mail Code: OP17A  
Portland, OR 97239-3098  
(503) 494-8521, Fax (503) 494-6970

**IMPRIMIR**

**Borrar formulario**

N.º DE CUENTA  
N.º DE EXP.  
NOMBRE  
FECHA DE  
NACIMIENTO

Página 1 de 1

Identificación del/la paciente

**AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**  
**DEBEN COMPLETARSE TODAS LAS SECCIONES DE ESTE FORMULARIO; DE LO CONTRARIO, NO SE ACEPTARÁ LA AUTORIZACIÓN.**

Autorizo a: \_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona/la entidad/el centro que divulga la información)

\_\_\_\_\_  
(Dirección de la persona/entidad) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

a usar y divulgar una copia electrónica de la información de salud específica que se describe a continuación;  
a menos que marque aquí  si desea obtener una copia impresa. La presente autorización se refiere a:

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la persona)  
y abarca: (consulte las definiciones que figuran al dorso)  Informes médicos  Radiografías (consulte todas las instrucciones que figuran al dorso de este formulario)  Análisis de laboratorio  ED  Facturación  
 Otros, especifique: rasgos identificativos: p. ej., cara, tatuajes, cicatrices  
 Si se requieren registros de consultorios/clínicas para pacientes ambulatorios, especifique los consultorios/las clínicas (consulte la lista de consultorios/clínicas que figuran al dorso) \_\_\_\_\_

a: Programa de Donación de Cuerpos Enteros de OHSU  
(Nombre del destinatario)  
3181 SW Sam Jackson Park RD L341 Portland OR 97239  
(Dirección del destinatario) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

con el propósito de: (Describa cada propósito de la divulgación)  Atención continua  Cuestión legal  Discapacidad  
 Ingreso escolar  Otro, especifique donación de cuerpo entero/médica e investigación médica

Si la información que se pretende divulgar contiene alguno de los tipos de registros o información que se mencionan a continuación, es posible que rijan leyes adicionales relativas a la utilización y divulgación de la información. Entiendo y acepto que esta información se divulgará solo si escribo mis **iniciales** en el espacio correspondiente junto al tipo de información.

\_\_\_\_\_ Información sobre VIH/sida  
\_\_\_\_\_ Información de salud mental  
\_\_\_\_\_ Información de pruebas genéticas  
\_\_\_\_\_ Información de diagnósticos, tratamientos o remisión por consumo de drogas o alcohol

No es necesario que firme esta autorización. Negarse a firmar la autorización no afectará de manera desfavorable su posibilidad de recibir servicios de atención médica o el reembolso de los servicios. La única circunstancia en la que negarse a firmar significaría que usted no recibirá servicios de atención médica es si los servicios de salud tienen exclusivamente el propósito de proporcionar información de salud a otra persona y se necesita la autorización para hacerlo. Negarse a firmar esta autorización no afecta de manera desfavorable su inscripción en un plan de salud ni su elegibilidad para recibir beneficios médicos, a menos que la información autorizada sea necesaria para determinar si usted es elegible para inscribirse en el plan de salud.

Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento. Si revoca su autorización, la información que se describe más arriba ya no podrá usarse ni divulgarse para los fines descritos en esta autorización por escrito. Cualquier uso o divulgación que ya se haya realizado con su permiso no se puede deshacer.

Para revocar esta autorización, envíe una declaración por escrito a Medical Correspondence, Health Information Services, OP17A, OHSU 3181 SW Sam Jackson Park Rd. Portland, OR 97239-3098, e indique que revoca esta autorización.

Entiendo que la información que se use o divulgue conforme a esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y dejar de estar protegida por la ley federal. Sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir la nueva divulgación de información sobre VIH/sida, información sobre salud mental, información genética e información sobre diagnósticos, tratamientos o remisiones por consumo de drogas o alcohol.

**He leído esta autorización y la entiendo.**

Esta autorización vence un año después de la fecha en la que se firmó, a menos que se revoque o se especifique lo contrario a continuación:

(Escriba el evento o la fecha de vencimiento alternativos) cinco años después del fallecimiento

Por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Firma de la persona o de su representante personal)

Descripción de la autoridad del representante personal: \_\_\_\_\_



MR1470



**Oregon Health & Science University  
Hospitals and Clinics**  
**Servicios de información de  
salud/correspondencia médica**  
3181 SW Sam Jackson Park Rd,  
Mail Code: OP17A  
Portland, OR 97239-3098  
(503) 494-8521, Fax (503) 494-6970

N.º DE CUENTA  
N.º DE EXP.  
NOMBRE  
FECHA DE  
NACIMIENTO

Continúa de la página 1

Identificación del/la paciente

### DEFINICIONES DE INFORMES:

- Los informes médicos incluyen el resumen de alta, las instrucciones de alta, la historia clínica y el examen físico, y cualquier procedimiento u operación
- Las radiografías incluyen informes de radiografías, ultrasonidos, MRI [imágenes por resonancia magnética] e informes especiales de imagenología (**si usted solicita una imagen real, asegúrese de completar el formulario de autorización MR-4775**). Puede acceder al formulario en el siguiente sitio web: <http://ozone.ohsu.edu/healthsystem/HIS/mr4775.pdf>
- Laboratorio: todos los resultados de pruebas de laboratorio
- ED: informes médicos del Departamento de Emergencias
- Facturación: información de facturación del hospital o de la clínica
- Vacunas: todos los registros de vacunas
- Otra: información específica que no está en la lista

### CONSULTORIOS/CLÍNICAS PARA PACIENTES EXTERNOS DE OHSU:

Alergia e inmunología	Marquam Hill Internists
Anticoagulación	Medicina del sueño
Audiología	Medicina familiar en South Waterfront
Cardiología	Medicina interna
Casey Eye Institute	Medicina laboral
CDRC Eugene	Nefrología e hipertensión
Center for Women's Health	Neurocirugía
Centro del Manejo Integral del Dolor	Neurología
Child Development and Rehabilitation (CDRC)	Oncología quirúrgica
Cirugía dermatológica	Oncología y radioterapia
Cirugía general	Ortopedia
Cirugía oral y maxilofacial	Otorrinolaringología
Cirugía plástica	Pediatría general
Cirugía vascular	Perinatal
Dermatología	Programa de Psiquiatría Intercultural
Diabetes	Promoción de la salud y medicina deportiva
Doernbecher Pediatrics - Westside	Psiquiatría para adultos
Endocrinología	Psiquiatría para niños y adolescentes
Enfermedad infecciosa	Pulmonar
Especialidades pediátricas	Reumatología
Gabriel Park	Richmond
Gastroenterología	Riverplace
GI/Hepatología	Salud digestiva
Hematología/Oncología	Salud empresarial
Hematología/Oncología pediátrica	Scappoose
Huesos y minerales	Trasplante de hígado
Knight Cancer Center/Oncología y hematología comunitaria	Trasplante de médula ósea/leucemia
Lípidos	Trasplante renal
	Urología



## Programa de Donación de Cuerpos de OHSU

3181 Sam Jackson Park Road L341

Portland, Oregon 97239

(Teléfono): 503.494.8302 (Fax): 503.418.0588

(Correo electrónico): donation@ohsu.edu

### Preguntas frecuentes:

#### **¿Hay alguna razón por la cual no aceptarían mi donación?**

Sí. Las razones más frecuentes, aunque no todas, para rechazar un cuerpo donado son: peso corporal bajo o elevado, traumatismo extremo, signos de descomposición o enfermedad contagiosa. La muerte con dignidad no excluye en sí misma a una de nuestro programa. Solo podemos decidir si podemos aceptar un cuerpo en el momento del fallecimiento. Asegúrese de que sus familiares lo sepan con anticipación.

#### **¿Pueden garantizarme que aceptarán mi cuerpo?**

No. Necesitamos realizar una evaluación médica en el momento del fallecimiento para saber si podemos aceptar el cuerpo. Le recomendamos que busque alternativas en una casa funeraria en caso de que no podamos aceptar el cuerpo.

#### **¿Se usará mi cuerpo con fines educativos o de investigación?**

#### **¿Recibirá mi familia un informe de los hallazgos?**

No hacemos autopsias ni damos informes. Nuestra misión principal es apoyar la educación en anatomía a estudiantes de medicina, odontología u otras disciplinas médicas. Por el momento, solo apoyamos unos pocos trabajos de investigación. La educación en anatomía es uno de los principales cursos para estudiantes durante su primer año en la facultad de medicina. También apoyamos la educación continua de residentes, médicos y cirujanos para que puedan aprender sobre nuevas cirugías y dispositivos.

#### **¿Se manipularán de forma adecuada mis restos?**

Sí. Tratamos a todos los donantes con el máximo respeto. Respetamos los estándares éticos, las leyes y los reglamentos más estrictos, incluida la Ley de Donación de Materiales Anatómicos. Todos los estudiantes tienen una capacitación antes de trabajar con los donantes. Restringimos las áreas de embalsamamiento y almacenamiento solo al personal autorizado.

#### **¿Qué ocurre cuando finalizan los estudios o las actividades educativas?**

Los donantes se cremarán en OHSU a menos que usted indique lo contrario en su formulario. Devolvemos los restos según sus indicaciones o las de su familia.

#### **¿Cuánto tiempo pasará hasta que mi familia reciba mis restos?**

Pueden pasar hasta tres años.

#### **¿Puedo cambiar de opinión?**

Sí. El formulario es un documento legal que usted puede modificar o anular en cualquier momento antes del fallecimiento. Llame o envíe una carta a nuestro programa para eliminar el formulario del archivo.

#### **Si en mi licencia dice “donante anatómico”, ¿eso significa que puedo inscribirme en este programa?**

No. La licencia de conducir con la inscripción “donante anatómico” solo significa que puede donar tejidos u órganos. Debe inscribirse en el Programa de Donación de Órganos a través de un formulario aparte que debe completar el donante o el familiar más cercano.

#### **Si dono mis órganos primero, ¿el Programa de Donación de Cuerpos de OHSU aceptará mi cuerpo?**

Quizás. Tendríamos que evaluar el estado del cuerpo después de cualquier donación de órganos o tejidos para ver si todavía podemos aceptar el cuerpo.

#### **¿Hay un servicio conmemorativo para los donantes?**

Sí. OHSU celebra un servicio conmemorativo todos los años para los donantes de nuestro programa. Le informamos al familiar más cercano cuándo y dónde se celebra el servicio.

#### **¿Qué es una donación indefinida?**

Es aquella en la que usted nos permite usar su cuerpo para fines educativos o de investigación por un período superior a los 3 años. Los restos se creman y se depositan en una fosa común elegida por OHSU.

#### **¿Recibo dinero por ser donante?**

No. Por ley, nadie puede comprar o vender tejidos u cuerpos para trasplantes, investigación o estudios.

#### **¿Cómo completo el formulario MR-1470?**

La mayor parte del formulario está parcialmente completo. Deberá autorizar a su clínica de atención primaria en la primera línea para que nos entregue su expediente médico, escribir su nombre, poner sus iniciales junto a la información sobre VIH/sida y firmar al final.

Revisado el 28 de junio de 2023