

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CONSERVACIÓN Y/O PROCESAMIENTO DE SEGMENTO CRANEAL

(Prórroga para ampliación de resguardo)

En la ciudad de **(localidad)** : _____ con fecha

(Día / Mes / Año) : _____ Yo **(nombre, apellido paterno, apellido materno)**:

_____ en pleno uso de mis facultades mentales, en forma libre y voluntaria, **SOLICITO PRÓRROGA PARA LA AMPLIACIÓN** de la conservación y procesamiento del segmento craneal, así como la realización de estudios de serología infecciosa (VDRL, HIV, hepatitis B y C, chagas y brucella) si es que se cuenta con muestra sanguínea y de ser necesario a posterior. De mi **(parentesco)**: _____ el **(nombre)** C.: _____ de **(edad)**: _____ conforme al artículo 324 de la Ley General de Salud, de fecha 7 de febrero de 1984, y al artículo 59 de reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, de fecha 26 de marzo de 2014.

Fecha, hora y lugar de cirugía (Craneotomía).

Por lo que dicho tejido se resguardará por **un año más** a partir de la fecha del documento.

Ya que este tejido será utilizado únicamente por mi familiar, el Banco de Tejidos del Estado de México resguardará el hueso durante un año, contado a partir de la fecha de elaboración del presente documento y quedo enterado de que en caso de que el tejido no sea utilizado por mi familiar durante ese tiempo, puedo solicitar libre y voluntariamente sea entregado el tejido sin procesar, si así lo decido yo o mi familia.

Por otra parte, estoy de acuerdo y autorizo que, en caso de no presentar mi familia o yo ninguna de las acciones antes mencionadas previo a que termine el año de resguardo, el tejido óseo quedará a disposición del Banco de Tejidos del Estado de México, para ser utilizado en pacientes que así lo requieran.

Nota: para hospitales no pertenecientes al ISEM/Instituciones privadas, el segmento craneal deberá ir acompañado del resultado de panel viral que incluya (VDRL, HIV, hepatitis B y C, chagas y brucella) anexando la documentación correspondiente.

DATOS DEL FAMILIAR QUE OTORGA EL CONSENTIMIENTO:

Apellidos paterno, materno y nombres	Parentesco	Teléfono
Domicilio	Colonia	C. P.
Delegación o municipio	Ciudad	Entidad federativa

FIRMA DEL FAMILIAR

DATOS DEL TESTIGO:

Apellidos paterno, materno y nombres	Parentesco	Teléfono
Domicilio	Colonia	C. P.
Delegación o municipio	Ciudad	Entidad federativa

FIRMA DEL TESTIGO

