

Carta de Consentimiento Informado para la Conservación y/o Procesamiento de Segmento de Craneal.En la ciudad de: _____ con fecha: _____
(Localidad) (Día, mes y año)Yo _____ en pleno uso de mis facultades mentales, en forma libre y voluntaria
(Nombre, apellido paterno, apellido materno)**OTORGO** el consentimiento para 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 _____ El C. _____ de _____
(Parentesco) (Nombre del paciente) (Edad)

conforme al artículo 324 de la Ley General de Salud de fecha 07 de febrero de 1984 y al artículo 59 del 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):

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 por escrito una prórroga de un año adicional para su resguardo o solicitar libre y voluntariamente me 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 de resultado de Panel viral que incluya (VDRL, HIV, Hepatitis B y C, Chagas y Brucella) anexo a la documentación correspondiente.

DATOS DEL FAMILIAR QUE OTORGA EL CONSENTIMIENTO

APPELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)	PARENTESCO	TELÉFONO
DOMICILIO	COLONIA	C.P.
DELEGACION O MUNICIPIO	CIUDAD	ENTIDAD FEDERATIVA

FIRMA DE FAMILIAR

DATOS DEL TESTIGO:

APPELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE(S)	PARENTESCO	TELÉFONO
DOMICILIO	COLONIA	C.P.
DELEGACION O MUNICIPIO	CIUDAD	ENTIDAD FEDERATIVA

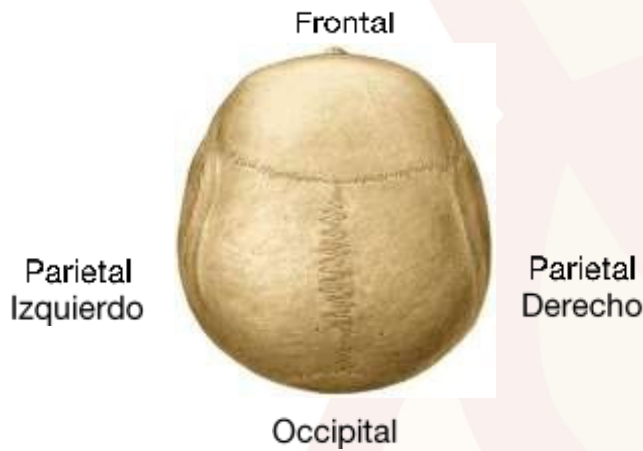
FIRMA DE TESTIGO



Hoja Frontal para el Resguardo de Segmento Craneal

Unidad Médica:		Fecha de Elaboración:	
Nombre del paciente:		Edad:	
Fecha de Cirugía:	Hora de Cirugía:	Diagnóstico:	
Material de Embalaje del SC (bolsa estéril, frasco, etc.):			
Muestra de sangre:	Si: <input type="checkbox"/>	No: <input type="checkbox"/>	No. de tubos: <input type="text"/>
Resultado Panel viral (VIH,VHC,VHB):			
Valoración Macroscópica (características del Segmento craneal):			
Observaciones:			

Iluminar la region ósea procurada:



No. De Fragmentos:



Medidas Fr1:
Medidas Fr2:
Medidas Fr3:
Medidas Fr4:
Medidas Fr5:

MÉDICO RESPONSABLE

PERSONAL QUE TRASLADA

