

## Carta de Consentimiento Informado para la Conservación y/o Procesamiento de Segmento Craneal



"2025. Bicentenario de la vida municipal en el Estado de México".

En la Ciudad de **(Localidad)**: \_\_\_\_\_ con Fecha **(Día / Mes / Año)**: \_\_\_\_\_

**YO (Nombre, Apellidos Paterno, Apellido Materno)**: \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades mentales, en forma libre y voluntaria 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 **(Parentesco)**: \_\_\_\_\_ el **(Nombre) C.:** \_\_\_\_\_ de **(Edad)**: \_\_\_\_\_ conforme al artículo 324 de la Ley General de Salud de fecha 07 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)

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 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 FAMILIAR**

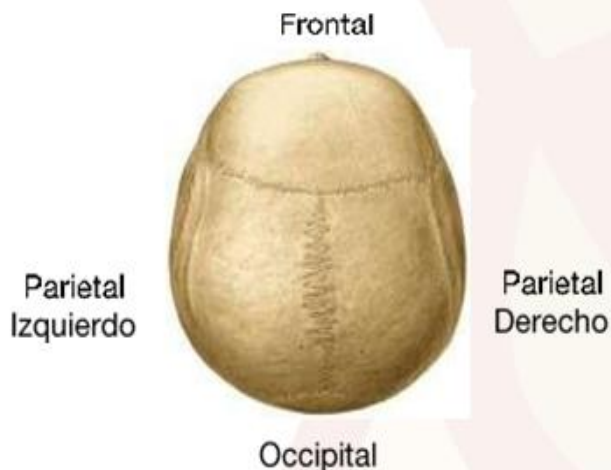


## Hoja Frontal para el Resguardo de Segmento Craneal

"2025. Bicentenario de la vida municipal en el Estado de México".

Unidad medica		Fecha de elaboración	
Nombre del paciente		Edad	
Fecha de cirugía	Hora de cirugía		Diagnostico
Material de embalaje de SC (bolsa estéril frasco, etc.)			
Muestra de sangre:	Si	No	Numero de tubos:
Resultado Panel Viral (VIH, VHC, VHB)			
Valoración Macroscópica (características del segmento craneal):			
Observaciones:			

Iluminar la region ósea procurada:



No. De Fragmentos:



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

MÉDICO RESPONSABLE

PERSONAL QUE TRASLADA

