

## Consentimiento de Donación de Tejidos Oculares

Yo, \_\_\_\_\_  
En pleno uso de mis facultades mentales y volitivas.

### Manifiesto:

Que en beneficio de la humanidad y la ciencia, es mi voluntad libre y espontánea **DONAR** mis tejidos oculares, una vez haya sido declarada mi muerte clínica y legalmente.

Para tal efecto autorizo a Bancórneas, el Banco de Córneas de Guatemala, para que llegado el momento, realice la extracción del tejido ocular en el lugar que considere más adecuado y proceda a la utilización de los mismos, según lo establece la Ley para la Disposición de Órganos y Tejidos Humanos y la Normativa para la Regulación, Autorización y Control de los Establecimientos de Salud denominados Bancos De Corneas de Guatemala.

Guatemala, \_\_\_\_\_

Nombre del Donador: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Número de Identificación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del Familiar más cercano (o testigo) \_\_\_\_\_

Documento de identificación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del donador  
(y/o testigo)

\_\_\_\_\_  
Firma del Familiar más cercano