

V.04

Fecha: 18/09/2023

FORMULARIO

PROTOCOLO DE COORDINADOR DE DONANTE

página 1 de 4



CUCAIBA

Servicio Provincial de
Procuración

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Día

Mes

Año

Hora

PD N°:

Datos del Fallecido:

DNI:

Fecha nacimiento:

Día
Mes
Año

Institución:

Dirección: Tel:

Expresión de Voluntad

Canales de verificación habilitados por Ley 27.447

INCUCAI: Sí ☐ No ☐

Manifestación RENAPER: Sí ☐ No ☐

Copia de Acta de Donación: Sí ☐ No ☐

Copia DNI: Sí ☐ No ☐

Perfil digital "Mi Argentina": Sí ☐ No ☐

Nombre y apellido en DNI:

Edad:

Sexo:

Comunicación Familiar

Nombre del familiar :

DNI: Parentesco:

Dirección: Tel:

☐

Se deja constancia de haber informado la situación de fallecimiento y de los alcances de la ley 27.447 en procesos de donación cadavérica.

☐

Se deja constancia de haber informado que en el marco de la situación de la adecuación terapéutica y sus posteriores consecuencias, se dará continuidad al correspondiente proceso de donación de órganos y tejidos (Ley 26.742), en procesos de posparo controlado.

Firma y aclaración de testigo

Firma y aclaración responsable de comunicación

PD N°:

Comisaría: **Tel:**

Fiscalía: _____ **Fiscal:** _____ **Tel:** _____

Juez: Juzgado:

Secretario: _____ Tel: _____

Dirección: Tel:

Médico Forense: **Tel:**

☐ Positiva a la Donación ☐ Negativa a la Donación

Avisada: Si ☐ No ☐

Día	Mes	Año	Hora

Familia: Si ☐ No ☐ **Tel:** _____

Cochería: **Si** ☐ **No** ☐ **Tel:** _____

Comisaría: Si ☐ No ☐ **Tel:** _____

A quién:

[illegible]

PD N°: _____

Cronograma de Intervención Judicial

[illegible]

Firma Coordinador de Donante

Sello Coordinador de Donante