



Servicio Provincial de Procuración

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: *Si* ☐ *No* ☐

Manifestación RENAPER: *Si* ☐ *No* ☐

Copia de Acta de Donación: *Si* ☐ *No* ☐

Copia DNI: *Si* ☐ *No* ☐

Perfil digital "Mi Argentina": *Si* ☐ *No* ☐

Nombre y apellido en DNI:

Edad: Sexo:

Comunicación Familiar

Nombre del familiar :

DNI Edad Parentesco:

Dirección: Teléfono:

Se deja constancia de haber informado la situación de fallecimiento y de los alcances de la ley 27.447

Firma y aclaración del familiar

Firma y aclaración responsable de comunicación

FORMULARIO Fecha: 21/07/2022 Rev. 03	PROTOCOLO DE COORDINADOR DE DONANTE página 2 de 4	 CUCAIBA Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de la Provincia de Buenos Aires MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
--	---	--

Servicio Provincial de Procuración

Intervención Judicial

Comisaría: _____

Tel: _____

Fiscalía: _____

Fiscal: _____

Tel: _____

Juez: _____

Juzgado: _____

Secretario: _____

Tel: _____

Dirección: _____

Tel: _____

Médico Forense: _____

Tel: _____

Resultado Intervención Judicial

☐ Positiva a la Donación
 ☐ Negativa a la Donación

Entrega de Cuerpo

Avisada: ☐ ☐

Día Mes Año Hora

Familia: Si ☐ No ☐ Tel: _____

Cochería: Si ☐ No ☐ Tel: _____

Comisaría: Si ☐ No ☐ Tel: _____

A quién: _____

Correspondencia

Destino	Si	No	Fecha			Fecha envío			En mano
			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	
Familia	☐	☐							☐
Juez	☐	☐							☐
Comisaría	☐	☐							☐
Director	☐	☐							☐
UTI	☐	☐							☐

Firma Coordinador de Donante

Sello Coordinador de Donante

