

### Acta de Autorización

Ley 24.193 - Art. 19 ter

HOJA 1 DE 1

#### Datos del proceso de donación

Lugar:  PROCESO N°:   
Establecimiento:  H.C. N°:  Servicio:   
Domicilio:

#### Datos del donante cadavérico

Apellido/s:  Nombre/s:   
Tipo de documento:  DNI  DNIM  DNIF  LE  LC  CI  Pasaporte N°:  Sexo:  Femenino  Masculino  
Fecha de nacimiento:  /  /  (dd/mm/aaaa) Edad:  Nacionalidad:

#### Órgano/s y tejido/s que se donan

Órganos y/o tejidos:  Todos  
 Enunciación de los órganos y/o tejidos que se donan:   
Con fines de:  Trasplante  Estudio e investigación científica

#### Datos del padre o tutor/a

Apellido/s:  Nombre/s:   
Tipo de documento:  DNI  DNIM  DNIF  LE  LC  CI  Pasaporte N°:  Sexo:  Femenino  Masculino  
Fecha de nacimiento:  /  /  (dd/mm/aaaa) Edad:  Nacionalidad:   
Calle:  Nro.:  Piso:  Dpto.:   
Localidad:  Partido/Dpto.:   
Provincia:  CP:  Tel:   
En ejercicio de la facultad que confiere el artículo 19 ter de la Ley 24.193,  INVOCANDO VINCULO autorizo la ablación.  
 ACREDITANDO VINCULO autorizo la ablación.

.....  
Firma

#### Datos de la madre

Apellido/s:  Nombre/s:   
Tipo de documento:  DNI  DNIM  DNIF  LE  LC  CI  Pasaporte N°:   
Fecha de nacimiento:  /  /  (dd/mm/aaaa) Edad:  Nacionalidad:   
Calle:  Nro.:  Piso:  Dpto.:   
Localidad:  Partido/Dpto.:   
Provincia:  CP:  Tel:   
En ejercicio de la facultad que confiere el artículo 19 ter de la Ley 24.193,  INVOCANDO VINCULO autorizo la ablación.  
 ACREDITANDO VINCULO autorizo la ablación.

.....  
Firma

Ley 24.193 - Art. 19 ter - **La presente reviste a todos los efectos el carácter de declaración jurada, en los términos y con los alcances del artículo 264 del Código Civil.**

Dentro de las 48 hs. deberá presentar la documentación respaldatoria del vínculo en el INCUCAI u Organismo Jurisdiccional correspondiente.

Observaciones:

Fecha:  /  /  (dd/mm/aaaa)

.....  
Firma y sello del responsable de la entrevista familiar

### Acta de Autorización

Ley 24.193 - Art. 19 ter

Constancia de acta de donación de órganos y/o tejidos del donante:   
Número de proceso:

Lugar:   
Fecha:  /  /  (dd/mm/aaaa)

.....  
Firma y sello del responsable de la entrevista familiar