

TERCERA SECCION
PODER EJECUTIVO
SECRETARIA DE SALUD

ACUERDO por el que se dan a conocer los formatos de los trámites a cargo de la Secretaría de Salud que se indican.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

JOSÉ RAMÓN NARRO ROBLES, Secretario de Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 54 y 329, de la Ley General de Salud; 4, fracción II, del Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; 4, fracción I del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje de Médico; 8, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, 7, fracción XVIII, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, así como Tercero, Sexto, Séptimo y Octavo, del Decreto por el que se establece la Ventanilla Única Nacional para los Trámites e Información del Gobierno, y

CONSIDERANDO

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de mayo de 2013, establece como estrategia transversal para el desarrollo nacional, la relativa a un Gobierno Cercano y Moderno, a fin de que las políticas y acciones de gobierno incidan directamente en la calidad de vida de las personas, la cual requiere que se simplifiquen los trámites gubernamentales, previendo como una de sus líneas de acción, establecer una Estrategia Digital Nacional para fomentar la adopción y el desarrollo de las tecnologías de la información;

Que el Programa para un Gobierno Cercano y Moderno 2013-2018, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de agosto de 2013, en su Objetivo 5. Establecer una Estrategia Digital Nacional que acelere la inserción de México en la Sociedad de la Información y del Conocimiento, Estrategia 5.1. Propiciar la transformación Gubernamental mediante las tecnologías de información y comunicación, prevé entre otras líneas de acción, la de desarrollar una oferta de trámites y servicios de calidad mediante un Catálogo Nacional de Trámites y Servicios del Estado;

Que el 3 de febrero de 2015, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se establece la Ventanilla Única Nacional para los Trámites e Información del Gobierno, como el punto de contacto digital a través del portal de internet www.gob.mx, a fin de propiciar la interoperabilidad con los sistemas electrónicos de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y de las empresas productivas del Estado;

Que el 4 de junio de 2015, se publicaron en el Diario Oficial de la Federación, las Disposiciones Generales para la implementación, operación y funcionamiento de la Ventanilla Única Nacional, en las que se establece que las dependencias, entidades y empresas productivas del Estado deberán proveer información, para su inscripción en el Catálogo Nacional de Trámites y Servicios del Estado, en relación con cada trámite que aplican, y que los formatos y formularios para la solicitud y/o realización de los trámites, deberán estandarizarse;

Que conforme a lo establecido en el Acuerdo por el que se dan a conocer todos los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de mayo de 2004, el Centro Nacional de Trasplantes es responsable de dar atención al trámite denominado Consentimiento expreso para donar órganos, tejidos y células después de la muerte para que éstos sean utilizados en trasplantes;

Que conforme a lo dispuesto en el Acuerdo señalado en el párrafo precedente, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico es responsable del trámite de atención de quejas que se presenten con motivo de la negativa de servicios médicos o irregularidad en su prestación, y

Que para acercar a la población en general los medios suficientes para solicitar y gestionar los trámites de la Secretaría de Salud referidos en los párrafos que anteceden y, atendiendo a que el artículo 4, de la Ley

Federal de Procedimiento Administrativo, dispone que los actos administrativos de carácter general, tales como los instructivos, manuales y formatos que expidan las dependencias de la Administración Pública Federal, deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación previamente a su aplicación, he tenido a bien expedir el siguiente

ACUERDO POR EL QUE SE DAN A CONOCER LOS FORMATOS DE LOS TRÁMITES A CARGO DE LA SECRETARÍA DE SALUD QUE SE INDICAN

ARTÍCULO PRIMERO.- Se dan a conocer los formatos oficiales de los trámites a cargo de la Secretaría de Salud que a continuación se indican:

1. FF-CENATRA-001 Formato oficial para manifestar el consentimiento expreso para donar órganos, tejidos y células después de la muerte para que éstos sean utilizados en trasplantes.

2. FF-CONAMED-001 Guía para presentar una queja.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Los formatos podrán reproducirse libremente en cualquier medio, siempre y cuando, no se altere su contenido y, en su caso, la impresión de los mismos se deberá hacer en hojas blancas tamaño carta. Los interesados podrán consultar los formatos en gob.mx o en las páginas de Internet del Centro Nacional de Trasplantes y de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

ARTÍCULO TERCERO.- El Centro Nacional de Trasplantes y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico deberán tener públicamente a disposición de quienes lo soliciten, los formatos a que se refiere el presente Acuerdo en medio impreso y electrónico.

El personal de atención al público de los referidos órganos desconcentrados, deberán proporcionar la orientación e información necesaria para la realización del trámite correspondiente.

ARTÍCULO CUARTO.- La atención de los trámites que se presenten con los formatos que se dan a conocer mediante el presente Acuerdo, se sujetará a lo dispuesto en la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y demás disposiciones jurídicas aplicables. Para cualquier aclaración, relacionada con dichos trámites, se estará a lo siguiente:

- a) Respecto del referido en el numeral 1, del Artículo Primero de este ordenamiento, los interesados podrán acudir al Centro Nacional de Trasplantes, sito en Carretera Picacho Ajusco número 154, piso 6, Colonia Jardines en la Montaña, Delegación Tlalpan, Código Postal 14210, Ciudad de México, o bien comunicarse al teléfono 54-87-99-02, extensión 51406.
- b) Respecto del referido en el numeral 2, del Artículo Primero de este ordenamiento, los interesados podrán acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, sita en Mitla número 250, Colonia Vértiz Narvarte, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03020, Ciudad de México, o bien comunicarse al teléfono 5420-7000.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO.- Quedan sin efectos:

1. El formato CNTRA-00-009 Consentimiento para la disposición de órganos y tejidos de cadáveres con fines de trasplante, previsto en el Acuerdo por el que se dan a conocer todos los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de mayo de 2004.
2. El formato CONAMED-00-007 Atención de quejas, previsto en el Acuerdo por el que se dan a conocer todos los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de mayo de 2004.

TERCERO.- Los trámites que se encuentren pendientes de resolución a la fecha de publicación del presente Acuerdo, deberán ser resueltos conforme a las disposiciones vigentes al momento de su presentación.

Dado en la Ciudad de México, al día 1 del mes de julio de 2016.- El Secretario de Salud, **José Ramón Narro Robles.-** Rúbrica.



Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Guía para presentar una queja

| |
|-----------------------|
| Homoclave del formato |
| FF-CONAMED-001 |

| |
|--------------------------------|
| Folio |
| |
| Fecha de solicitud del trámite |
| DD / MM / AAAA |

Datos generales del solicitante

| Paciente | |
|--------------------------------------|-------|
| CURP: | |
| Nombre(s): | |
| Primer apellido: | |
| Segundo apellido: | |
| Sexo: | Edad: |
| Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA | |
| Teléfono (lada y número): | |
| Teléfono móvil: | |
| Teléfono de oficina (lada y número): | |
| Teléfono para recados: | |
| Correo electrónico: | |

| Promovente o representante | |
|--|-------|
| CURP: | |
| Nombre(s): | |
| Primer apellido: | |
| Segundo apellido: | |
| Sexo: | Edad: |
| Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA | |
| Parentesco: | |
| Causa de la representación: <small>(Por ejemplo: Incapacidad forza, menor de edad, fallecimiento, representación legal, etc.)</small> | |
| Teléfono (lada y número): | |
| Teléfono móvil: | |
| Correo electrónico: | |

Domicilio para notificaciones

| | |
|---|------------------|
| Código postal: | |
| Calle: | |
| <small>(Por ejemplo: Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros.)</small> | |
| Número exterior: | Número interior: |

| |
|--|
| Colonia: |
| <small>(Por ejemplo: Colonia, Residencial, Fraccionamiento, Unidad Habitacional, entre otros.)</small> |
| Municipio o Alcaldía: |
| Estado: |

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF).

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | Contacto: Mitla No. 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia) Col. Vertiz Narvarte, Benito Juárez, Ciudad de México, CP. 03600 Tels: 5420-7000, 0155-5420-7000 orientacion@conamed.gob.mx |
|--|--|--|---|

gob.mx

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

¿Cuál es el motivo de la queja? (por favor precise de qué se queja)

Describe cómo sucedieron los hechos que motivan la queja

gob.mx

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

¿Cuándo ocurrieron los hechos de la queja?

DD / MM / AAAA

¿Dónde ocurrieron los hechos motivo de la queja?

Institución pública Institución privada Médico particular

Unidad Médica

De ser el caso, marque la institución pública de la que se trate:

- IMSS
- Servicios Médicos de Policía Bancaria
- ISSSTE
- Servicios Médicos del STC Metro
- ISSSTE ESTATAL
- SSA
- PEMEX
- Servicios Estatales de Salud
- SEDENA
- Secretaría de Salud del Gobierno del D.F.
- SEDEMAR
- Asistencia Privada
- Servicios Médicos de la Policía Auxiliar
- Servicios Médicos de Instituciones Universitarias
- Otra Especifique: _____

Datos de la(s) unidad(es) médica(s)

| | |
|--|---|
| <p>Nombre completo:</p> <p><small>(Ejemplo: H02 125, UMF 69, Clínica de Medicina Familiar Álvaro Obregón, Clínica de Especialidades San Andrés, Hospital los Remedios, CWN de Occidente, Hospital Regional Porfirio Díaz, etc.)</small></p> <p>Código postal:</p> <p>Calle:</p> <p><small>(Por ejemplo: Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros.)</small></p> <p>Número exterior: Número interior:</p> <p>Colonia:</p> <p><small>(Por ejemplo: Colonia, Residencial, Fraccionamiento, Unidad Habitacional, entre otros.)</small></p> | <p>Municipio o Alcaldía:</p> <p>Estado:</p> <p>Servicio médico del que se queja:</p> <p>Especialidad médica del que se queja:</p> <p>Número de seguridad social, de afiliación o de registro:</p> |
|--|---|



Contacto:
 Mitla No. 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia)
 Col. Vertiz Narvarte, Benito Juárez, Ciudad de México, CP. 03600 Tels: 5420-7000,
 0155-5420-7000 orientacion@conamed.gob.mx



Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Si el prestador de servicio médico es particular indique

| | | | |
|--|--|--|--|
| Nombre del médico, clínica y/o hospital: <small>(Ejemplo: HGZ 125, UNF 89, Clínica de Medicina Familiar Álvaro Obregón, Clínica de Especialidades San Andrés, Hospital los Remedios, CMN de Occidente, Hospital Regional Porfirio Díaz, etc.)</small> | | Municipio o Alcaldía: | |
| Código postal: | | Estado: | |
| Calle: | | Teléfonos del médico y/o hospital (lada y número): | |
| Número exterior: | | Servicio médico del que se queja: | |
| Número interior: | | Especialidad del médico de quien se queja: | |
| Colonia: <small>(Por ejemplo: Colonia, Residencial, Fraccionamiento, Unidad Habitacional, entre otros.)</small> | | | |

¿El prestador del servicio médico ocasionó algún daño, lesión o dejó secuelas derivadas de la atención que brindó?

 Sí

 No

Si su respuesta fue "sí", indique ¿cuáles fueron los daños, lesiones o secuelas que dejó la atención que brindó el prestador del servicio médico?

¿Qué solicita del prestador de servicio del que se queja? y ¿Qué propuesta plantea para solucionar la queja? (Se refiere a la petición o solicitud que se quiere hacer al prestador del servicio de salud del que se queja y que podría ser una vía de resolución, por ejemplo: indemnización, reembolso de gastos, explicación, atención médica, etc.)

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



COFEMER
de México Reguladora

CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE
ARBITRAJE MÉDICO

Contacto:

Miña No. 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia)
Col. Vertiz Narvarte, Benito Juárez, Ciudad de México, CP. 03600 Tels: 5420-7000,
0155-5420-7000 orientacion@conamed.gob.mx

gob.mx

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Campo para firma del solicitante

Nombre y firma del solicitante o huella digital

DD / MM / AAAA
Fecha



Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Instrucciones de llenado

Esta guía sirve para ordenar su información.

La información completa de cada campo, nos permitirá conocer su queja de manera concreta, para:

- a. Identificar el motivo de su queja y cómo desea resolverla
 - b. Estar en posibilidades realizar un análisis personalizado de acuerdo a la queja que nos describa, y
 - c. Brindarle el tipo de atención que se ajuste a su necesidad de servicio, ya sea a través de Orientación, Asesoría Especializada, Gestión para la atención médica o la Queja para su ingreso al proceso arbitral.
1. Los datos generales del solicitante deben ser exactos y completos:
 - a. El nombre del paciente y de quien promueve la queja o representante del paciente, debe estar tal como está en su acta de nacimiento y credencial para votar.
 - b. El registro de su sexo y edad, parentesco, causa de representación y fecha de nacimiento nos permitirá entender el contexto, hacer un análisis detallado del caso e identificar si quien presenta la queja es mayor de edad.
 - c. Los teléfonos y correos electrónicos nos permitirán tener comunicación en caso de alguna aclaración, por lo que deben estar completos.
 2. El domicilio debe estar completo para que estemos en posibilidades de notificarle cualquier cuestión relacionada con su queja.
 3. Respecto al motivo, descripción de cómo, cuándo, dónde ocurrieron los hechos y su propuesta para resolver la queja, deben describirse de manera simple y clara, tal como ocurrió. Esto nos permitirá tener mayor comprensión de lo que se inconforma e identificar las vías alternas de solución.
 4. Es importante señalar la el domicilio completo de la unidad médica o del prestador del servicio médico, para que cuando esto sea necesario, estar en posibilidades de notificarle.
 5. Es necesaria su firma en original, en caso de no ser posible tu huella digital y lo envíe por correo simple, certificado o lo presente directamente en nuestras oficinas.

Información del trámite

En la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se reciben y atienden quejas por la posible irregularidad en la prestación o negativa de prestación de servicios de salud

- 1) Interviene en amigable composición para CONCILIAR conflictos derivados de los servicios médicos por probables actos u omisiones derivados de la prestación del servicio, probables casos de negligencia con consecuencia sobre la salud del usuario;
- 2) Funge como árbitro y pronuncia los laudos que correspondan cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje.

Para la atención de cada caso, se cuenta con un equipo multidisciplinario y experto en el análisis de quejas.

De acuerdo al tipo de queja, se proporcionará el tipo de atención que se adecúe a sus necesidades de servicio, los cuales pueden ser: Orientación, Asesoría, Gestión para la Atención Médica y la Queja para su ingreso al proceso arbitral.

Orientación y Asesoría:

Mediante este servicio podrá conocer información especializada sobre dónde, cuándo, cómo, por qué y para qué presentar una queja por la atención médica, sobre las ventajas de los medios alternos de solución de conflictos como son: la mediación, la conciliación y el arbitraje, le explicamos los derechos y obligaciones, tanto del paciente como del prestador del servicio médico, los alcances del arbitraje para que usted decida si presenta o no una queja en CONAMED, o bien, sobre las instancias a las que podrá acudir.

Para recibir una orientación y asesoría no se requiere de documentación y las vías de recepción son por: correo electrónico, correo postal, presencial y telefónica.

Contacto:

Mitla No. 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia)
Col. Vertiz Narvarte, Benito Juárez, Ciudad de México, CP. 03600 Tels: 5420-7000,
0155-5420-7000 orientacion@conamed.gob.mx



Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Información del trámite

Gestión para la atención médica:

A través de este servicio se gestionará la atención de los usuarios, cuando la queja se refiera a demora, negativa de servicios médicos, o cualquier otra que pueda ser resuelta por esta vía.

En la gestión para la atención médica se requiere de: los datos del paciente y del prestador del servicio de salud, el número de afiliación o de registro cuando se trate de instituciones públicas, el motivo de la queja y la petición de la atención médica y no se requiere de documentación. Las vías de recepción son por: correo electrónico, correo postal, presencial y telefónica.

Atención de Quejas:

El proceso arbitral, inicia con la admisión de la queja y se integra de dos etapas: la primer etapa es la CONCILIATORIA, en este caso se invita al prestador que brindó el servicio médico a una audiencia de conciliación, para que se trate de aclarar la situación y pueda ser resuelta mediante el acuerdo de ambas partes (médico y paciente).

En el caso de que no lleguen a un acuerdo en la etapa de conciliación, se les propone la segunda etapa que es el ARBITRAJE, si ambos aceptan, es decir, si es la voluntad de ambas partes aceptar el proceso, continuará el procedimiento arbitral para que la CONAMED decida quién tiene la razón y se resuelva el asunto.

Para la admisión de la queja se establecen los requisitos y documentos en el artículo 49 del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico:

Art. 49. "Las quejas deberán presentarse ante la CONAMED de manera personal por el quejoso, ya sea en forma verbal o escrita y deberán contener".

- I. Nombre, domicilio y en su caso, el número telefónico del quejoso y del prestador del servicio médico contra el cual se inconforme.
- II. Una breve descripción de los hechos motivo de la queja.
- III. Número de afiliación o de registro del usuario, cuando la queja sea interpuesta en contra de instituciones públicas que asignen registro a los usuarios.
- IV. Pretensiones que deduzca del prestador del servicio.
- V. Si actúa a nombre de un tercero, la documentación probatoria de su representación sea en razón de parentesco o por otra causa.
- VI. Firma o huella digital del quejoso

A la queja se agregará copia simple, legible, de su identificación y de los documentos en que soporte los hechos manifestados (notas, recetas médicas, carnet de citas, hojas de alta hospitalaria, resumen clínico, etc.).

Las vías de recepción para la admisión de las quejas son de manera presencial y por correo postal.

Es importante aclarar que los requisitos y documentos pueden variar de acuerdo a la institución pública o unidad médica de la que se queja y a su petición o propuesta de resolución, por lo que puede asesorarse primero sobre cómo integrar su queja.

Durante todo el proceso de atención en esta CONAMED, contamos con la participación de un equipo multidisciplinario, expertos en la atención de quejas por la prestación de los servicios de salud, en materia médica y en materia jurídica quienes actúan en estricto apego a los principios de confidencialidad, imparcialidad, objetividad y profesionalismo.

Además todos nuestros servicios SON GRATUITOS.

Términos y condiciones

Los dispuestos en las leyes, decretos, reglamentos y demás disposiciones legales a los que remita el caso en cuestión.






Contacto:

Mitla No. 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia)
Col. Vertiz Narvarte, Benito Juárez, Ciudad de México, CP. 03600 Tels: 5420-7000,
0155-5420-7000 orientacion@conamed.gob.mx

gob mx

Secretaría de Salud
Centro Nacional de Trasplantes

Formato oficial para manifestar el consentimiento expreso para donar órganos, tejidos y células después de la muerte para que éstos sean utilizados en trasplantes.

| | |
|-----------------------|--|
| Homoclave del formato | Fecha de publicación del formato en el DOF |
| FF - CENATRA - 001 | |
| Lugar de solicitud | Fecha de la solicitud |
| | DD MM AAAA |

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo al reverso, lléneselo con letra de molde legible o máquina.

1. Datos generales del solicitante

| | |
|------------------------------|--|
| CURP: | Fecha de nacimiento: |
| Nombre(s): | Edad: |
| Primer apellido: | (De conformidad con el Artículo 322, párrafo cuarto, de la Ley General de Salud, la donación expresa, cuando corresponda a mayores de edad con capacidad jurídica, no podrá ser revocada por terceros, pero el donante podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, sin responsabilidad de su parte). |
| Segundo apellido (Opcional): | Nacionalidad: |
| Sexo: | |

Estado civil Soltero(a) Casado(a) Otro Precisar:

Grado de estudios Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Maestría Doctorado Sin estudios Otro Precisar:

Ocupación Estudiante Empleado Comerciante Hogar Otro Otro Precisar:

Estado: (Estado de la República Mexicana donde reside) Correo electrónico (Opcional):

De conformidad con los artículos 4 y 59-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF).

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SEP
SECRETARÍA DE
EDUCACIÓN PÚBLICA

COFEMER
de México Insurelites

CENATRA
CENTRO NACIONAL
DE TRASPLANTES

Contacto:
Carretera Picacho Ajusco N°. 154 6to. Piso,
Jardines en la Montaña, Tlalpan, C.P. 14210,
Ciudad de México, Tel. 54879902, ext. 51430,
51418, 51446 y 51438

gob mx

Secretaría de Salud
Centro Nacional de Trasplantes

2.- Consentimiento expreso

Con fundamento en el Artículo 329, de la Ley General de Salud, yo en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto mi voluntad de ser donador al momento de mi muerte de manera.

a) Amplia Todos los órganos y/o tejidos útiles para trasplante.

b) Limitada

| | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="radio"/> Córneas | <input type="radio"/> Riñones | <input type="radio"/> Vasos sanguíneos |
| <input type="radio"/> Corazón | <input type="radio"/> Hueso | <input type="radio"/> Intestino |
| <input type="radio"/> Pulmones | <input type="radio"/> Piel | <input type="radio"/> Válvulas cardíacas |
| <input type="radio"/> Páncreas y bazo | <input type="radio"/> Tendones | <input type="radio"/> Extremidades |
| <input type="radio"/> Hígado | <input type="radio"/> Cartilagos | <input type="radio"/> Cara |
| <input type="radio"/> Otros | Precisar: | |

Circunstancias de la donación:

3.- Referencias personales

| | | |
|---|--|----------------------------------|
| Nombre(s): | Primer apellido: | Segundo apellido: |
| Relación o parentesco con el otorgante | | |
| <input type="radio"/> Cónyuge | <input type="radio"/> Concubina o concubinario | <input type="radio"/> Padre |
| <input type="radio"/> Otros | Precisar: | <input type="radio"/> Madre |
| | | <input type="radio"/> Hijo(a) |
| | | <input type="radio"/> Hermano(a) |
| Estado: (Estado de la República Mexicana donde reside) | | Correo electrónico (Opcional): |

4.- Acreditación. Documentación que presenta para identificarse

Documento

Credencial de Elector Cartilla Militar Pasaporte Cédula Profesional

Folio de identificación:



Contacto:
Carretera Picacho Ajusco N°. 154 6to. Piso,
Jardines en la Montaña, Tlalpan, C.P. 14210,
Ciudad de México.Tel. 54879902, ext. 51430,
51418, 51446 y 51438

gob.mx

Secretaría de Salud
Centro Nacional de Trasplantes

5.- Nombre y firma del otorgante

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que la información anteriormente asentada es cierta.

"Es importante que esta decisión se informe a su familia o seres queridos."

Nombre y firma del otorgante

6.- Datos de la autoridad competente ante la que se presenta el formato

Nombre, firma y sello de la autoridad competente

El presente Formato, surtirá sus efectos, una vez que haya sido presentado ante la autoridad competente.

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SEP
SECRETARÍA DE
EDUCACIÓN PÚBLICA

COFIMER
COMISIÓN FEDERAL
de México Reguladora

CENATRA
CENTRO NACIONAL
DE TRASPLANTES

Contacto:
Carretera Picacho Ajusco N°. 154 6to. Piso,
Jardines en la Montaña, Tlalpan, C.P. 14210,
Ciudad de México. Tel. 54879902, ext. 51430,
51418, 51446 y 51438

gob.mx

Secretaría de Salud
Centro Nacional de Trasplantes

Instructivo de llenado

Fecha de presentación del formato: Anotar la fecha con números legibles de la siguiente manera, dos dígitos para el día/dos dígitos para el mes/cuatro dígitos para el año.

1. Datos generales del solicitante. Deberá anotar sus datos personales.

Nombre completo: Anotar nombre(s), apellido paterno y apellido materno.

Edad: Anotar la Edad (años cumplidos).

Fecha de nacimiento: Anotar la fecha de nacimiento de la siguiente manera, dos dígitos para el día/dos dígitos para el mes/cuatro dígitos para el año.

CURP: Anotar la Clave Única de Registro de Población si la tuviere.

Sexo: Elegir y marcar la opción correspondiente.

Nacionalidad: Elegir y marcar la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Estado civil: Elegir y marcar la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Grado de estudios: Elegir y marcar la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Ocupación: Elegir y marcar la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Estado: Anotar el Estado de la República Mexicana donde reside.

2. Consentimiento expreso.

Amplia: Elegir y marcar todos los órganos y/o tejidos útiles para trasplante.

Limitada: Elegir solo los órganos y/o tejidos que desea donar, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Circunstancia de la donación: Indicar destino del órgano o tejido donado. Se puede destinar a un familiar o algún particular registrado en espera del órgano o tejido, que cumpla con los requisitos necesarios y que además se acredite el vínculo familiar o amistoso. También se puede señalar si se dirige a un hospital, institución, sector o estado en particular.

3. Referencias personales

Nombre completo: Anotar el nombre del cónyuge, concubina o concubinario, padre o madre, hijo (a), en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Relación o parentesco con el otorgante: Elegir y marcar la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Estado: Anotar el Estado de la República Mexicana donde reside.

Correo electrónico: Anotar su cuenta de correo electrónico si la tuviere.

4. Acreditación. Documentación que presenta para identificarse.

Documento: Elegir y marcar la opción correspondiente.

Folio de identificación: Anotar el folio de identificación del documento oficial con el que se identifica.

5. Nombre y firma del otorgante

Anotar el nombre completo y la firma del otorgante. La huella digital del otorgante será válida, en caso de que éste no pueda firmar.

6.- Datos de la autoridad competente ante la que se presenta el formato.

Este rubro será llenado por el funcionario público ante quien se presenta el formato.

Nota: El formato deberá acompañarse con una copia fotostática de su identificación oficial [credencial de elector, cédula profesional, pasaporte o cartilla del servicio militar] del otorgante. Tanto el formato, como los documentos que se acompañen no serán válidos, si los mismos presentan alteraciones, raspaduras o alguna enmendadura.

Contacto:

Carretera Picacho Ajusco N°. 154 6to. Piso,
Jardines en la Montaña, Tlalpan, C.P. 14210,
Ciudad de México, Tel. 54879902, ext. 51430,
51418, 51446 y 51438