



Saludos cordiales:

Adjunto documentación necesaria para la donación de cuerpos u órganos, según lo dispone la Ley 296 del 25 de diciembre de 2002. Dichos documentos tendrán validez legal siguiendo las instrucciones indicadas más adelante.

Toda donación de cuerpo, órganos, tejidos o partes del mismo se efectuará por documento público o privado, suscrito ante un Notario Público o en presencia de dos (2) personas mayores de edad (sin necesidad de concurrencia de un Notario). Será la responsabilidad del Notario o del donante enviar los documentos en original y debidamente cumplimentados a la Junta de Disposición de Cuerpos, Órganos y Tejidos Humanos de Puerto Rico a la mayor brevedad posible. De realizarse la donación mediante testamento, deberá de notificarse a la Junta por el Notario que otorgue el mismo dentro del plazo de setenta y dos (72). De ser por disposición testamentaria, la donación será efectiva desde la muerte del testador, sin sujeción, convalidación o juicio testamentario. **Dicha donación sólo será efectiva en Puerto Rico, Vieques y Culebra.**

**Favor de devolver los documentos originales debidamente cumplimentados:**

- 1. Hoja de datos personales (nombre, dirección, teléfono, seguro social, etc.)
- 2. Una (1) fotografía 2" x 2" (opcional)
- 3. Copia de tarjeta electoral o alguna otra identificación gubernamental oficial con foto.
- 4. Hoja de donación "Persona Viva Que Dona su Cuerpo".

**En caso de desear cancelar la donación, deberá concurrir ante un Notario Público estableciendo dicho deseo por escrito y enviar el documento original a la Junta a la brevedad posible.**

Cordialmente,

María A. Sosa, PhD  
Directora  
Oficina de Apoyo para Asuntos Administrativos de la  
Junta de Donaciones Anatómicas

mr

Anejos



**DATOS PERSONALES**

NOMBRE DEL DONANTE: \_\_\_\_\_  
(Nombre, Inicial y apellidos)

FECHA DE NACIMIENTO: MES: \_\_\_\_\_ DÍA: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_

SEXO:  F  M  Otro  No deseo informar CIUDADANIA: \_\_\_\_\_ #TARJETA ELECTORAL: \_\_\_\_\_

NATURAL DEL MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO O PAÍS: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

PUEBLO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

DIRECCION POSTAL: \_\_\_\_\_ PUEBLO: \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

ÚLTIMO GRADO ESCOLAR COMPLETADO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN HABITUAL: \_\_\_\_\_  
(Si es **retirado** mencione su última ocupación)

TELÉFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_ RELIGION: \_\_\_\_\_

SI ES RETIRADO, MENCIONE LA FECHA EN QUE TRABAJO POR ULTIMA VEZ: \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ AÑO

AÑOS QUE TRABAJO EN LA OCUPACION: \_\_\_\_\_ TIPO DE INDUSTRIA: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL:  NUNCA CASADO(A)  CASADO(A) NOMBRE DEL CÓNYUGUE: \_\_\_\_\_

VIUDO(A)  DIVORCIADO(A)

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE: \_\_\_\_\_

NATURAL DEL MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO O PAÍS: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE: \_\_\_\_\_

NATURAL DEL MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO O PAÍS: \_\_\_\_\_

VETERANO DE LOS ESTADOS UNIDOS: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO SERIE NUMERICA MILITAR: \_\_\_\_\_

RAMA DEL SERVICIO MILITAR: \_\_\_\_\_

TIENE HIJO(S) NO CASADO(S) CON IMPEDIMIENTO: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO DE HABER MARCADO SI INDIQUE:

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: MES: \_\_\_\_\_ DÍA: \_\_\_\_\_ AÑO: \_\_\_\_\_

FAVOR DE INCLUIR COPIA DEL DOCUMENTO 214 (Discharge)

DESEO MI ENTIERRO SEA EN EL CEMENTERIO NACIONAL DE PUERTO RICO UNA VEZ CONCLUIDOS LOS TRABAJOS DE ENSEÑANZA Y/O INVESTIGACIONES: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL TESTIGO NO. 1

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL TESTIGO NO. 2

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO NO. 1

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO NO. 2

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN POSTAL DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN POSTAL DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO:

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO:

**NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO; ES PARA USO DE NUESTRA OFICINA.**

NÚMERO DE DONANTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE ENVÍO DE LA TARJETA DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

ORIGINAL: \_\_\_\_\_ COPIA: \_\_\_\_\_

FIRMA AUTORIZADA PARA EL ENVÍO DE LA TARJETA: \_\_\_\_\_

Revisión 2021 ms/mr



**PERSONA VIVA QUE DONA SU CUERPO**

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, seguro social \_\_\_\_\_,  
(Nombre, Inicial y apellidos)

\_\_\_\_\_ y residente de \_\_\_\_\_, Puerto Rico, declaro bajo juramento:  
(Oficio, si es retirado mencione la ocupación anterior)

----PRIMERO: Que mi nombre y circunstancias personales son las arriba indicadas.

----SEGUNDO: Que a tenor con la Ley 296, aprobada el 25 de diciembre de 2002, según enmendada; dono a la Junta de Disposición de Cuerpos, Organos y Tejidos Humanos mi cuerpo:

\_\_\_\_\_ A. Para la enseñanza de los estudiantes y facultad en las escuelas de medicina, medicina dental, graduados y de profesiones relacionadas con la salud.

\_\_\_\_\_ B. Para la investigación científica en las escuelas de medicina, medicina dental, graduada y de profesiones relacionadas con la salud.

----TERCERO: Se me ha explicado que de no marcar ninguna de las disposiciones anteriores se entenderá que mi cadáver podrá ser utilizado para todos los fines anteriormente mencionados. -----

----CUARTO: Deseo se le notifique a mi familiar más cercano para la disposición final, luego de concluidos los trabajos de enseñanza y/o investigaciones. \*\* Favor de marcar una de las alternativas.

NO notificar ( ) Concluidos los estudios, la Junta de Donaciones Anatómicas dispondrá del cuerpo.

SI notificar ( ) Favor especificar la(s) persona(s) a contactar y proveer datos de cómo hacerlo en la siguiente página.

----Dado en \_\_\_\_\_ de Puerto Rico el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Número de Donante:



\_\_\_\_\_  
(Firma del Donante)

**\*\*El periodo de tiempo durante el cual se utilizarán los cuerpos es variable y lo establece exclusivamente la Junta de Donaciones Anatómicas.**

NOTA: FAVOR DE CUMPLIMENTAR CON LA FIRMA DE DOS TESTIGOS MAYOR DE 18 AÑOS O NOTARIZAR ANTE UN NOTARIO PÚBLICO.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL TESTIGO NO. 1

\_\_\_\_\_  
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL TESTIGO NO. 2

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO NO. 1

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO NO. 2

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN RESIDENCIAL DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN RESIDENCIAL DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN POSTAL DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN POSTAL DEL TESTIGO

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**AFFIDAVIT:**

----Jurado y firmado ante mí por \_\_\_\_\_ de las circunstancias personales arriba indicadas. A quien doy fe de conocer personalmente.

----En \_\_\_\_\_ de Puerto Rico, el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notario Público

## INFORMACION IMPORTANTE

Agradecemos su interés por registrarse con la Junta de Donaciones Anatómicas como un donante de cuerpo. Favor de leer cuidadosamente la siguiente información e iniciar al lado de cada número indicando estar de acuerdo con lo establecido.

1. Las personas o familiares más cercanos a usted, al igual que su médico de cabecera, deben conocer de su decisión y tener disponible copia del documento legal de donación que usted firmó.
2. La Junta de Donaciones Anatómicas es el custodio y responsable del cuerpo desde el momento del traslado hasta el momento que es cremado o inhumado en el cementerio.
3. El periodo de tiempo durante el cual se utilizará el cuerpo es variable y lo establece exclusivamente la Junta de Donaciones Anatómicas.
4. Los resultados de las investigaciones científicas son de custodia exclusiva de los investigadores y las instituciones académicas que las realizan, y los mismos no se divulgan de forma individual, ni previo a ser publicados.
5. Si desea se le notifique a su familiar más cercano para funeral y/o entierro (en el Cementerio de San Juan o Nacional), luego de concluidos los trabajos de enseñanza y/o investigaciones, favor de indicar la siguiente información:
  - i. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_
  - ii. Dirección residencial: \_\_\_\_\_
  - iii. Dirección postal: \_\_\_\_\_
  - iv. Teléfono(s): \_\_\_\_\_
  - v. Correo electrónico: \_\_\_\_\_
6. De tener predispuesto lugar privado para el enterramiento, favor de indicar la siguiente información:
  - a. Nombre del Cementerio: \_\_\_\_\_
  - b. Pueblo: \_\_\_\_\_
  - c. Persona a contactar para la apertura del panteón privado:
    - i. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_
    - ii. Dirección residencial: \_\_\_\_\_
    - iii. Dirección postal: \_\_\_\_\_
    - iv. Teléfono(s): \_\_\_\_\_
    - v. Correo electrónico: \_\_\_\_\_
  - d. **NOTA:** La Junta de Donaciones Anatómicas **NO** cubre los gastos por la apertura de opciones privadas de enterramiento. El familiar encargado deberá gestionar la apertura.
7. De querer ser donante de órganos y tejidos solamente, puede comunicarse con LifeLink de Puerto Rico al teléfono 787-277-0900.
8. En caso de tener alguna duda, puede comunicarse a nuestra oficina vía telefónica al (787) 751-5977 o al número libre de cargos: 1-866-977-5977. También puede comunicarse a través del cuadro del Recinto de Ciencias Médicas en el horario de 7:30 AM a 3:00 PM al (787)758-2525 extensiones 1510, 7025 o 7026.

---

*CONVIERTETE EN  
CONOCIMIENTOS*

---