

## SECRETARÍA DE SALUD

**AVISO por el que se da a conocer el formato oficial para manifestar el consentimiento expreso para donar órganos, tejidos y células después de la muerte para que éstos sean utilizados en trasplantes, así como el formato para manifestar la negativa expresa a ser donador.**

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

ARTURO DIB KURI, Director General del Centro Nacional de Trasplantes, con fundamento en los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o., fracción XXVI, 313, fracción III, 324, párrafo segundo y 329, párrafo segundo, de la Ley General de Salud; 8 y 11, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, así como 36, 38, fracciones V y XXV y 44, fracciones I, III y IV, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

### CONSIDERANDO

Que en términos de lo dispuesto por la fracción III, del artículo 313, de la Ley General de Salud, compete a la Secretaría de Salud, establecer y dirigir las políticas en materia de donación, procuración y trasplantes de órganos, tejidos y células, para lo cual se apoyará en el Centro Nacional de Trasplantes, conforme al ámbito de competencia de dicho órgano desconcentrado;

Que el 26 de marzo de 2014, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, que tiene por objeto regular la disposición de órganos, tejidos y células, con excepción de la sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras o troncales, que se realice con fines de trasplantes;

Que en el párrafo segundo, del artículo 329, de la Ley General de Salud, se dispone que el Centro Nacional de Trasplantes, se encargará de definir el formato del documento oficial mediante el cual se manifieste el consentimiento expreso de todas aquellas personas cuya voluntad sea donar sus órganos, después de su muerte para que éstos sean utilizados en trasplantes;

Que de conformidad con el párrafo primero, del artículo 8, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, el Centro Nacional de Trasplantes dará a conocer, mediante publicación que se realice en el Diario Oficial de la Federación, el formato oficial que se utilizará para manifestar el consentimiento expreso para donar órganos, tejidos y células después de la muerte para que éstos sean utilizados en trasplantes, en términos del segundo párrafo del artículo 329 de la Ley General de Salud;

Que en términos de lo dispuesto por el párrafo segundo, del artículo 324, de la Ley General de Salud, el escrito por el que la persona exprese no ser donador, podrá ser privado o público, y deberá estar firmado por éste, o bien, la negativa expresa podrá constar en alguno de los documentos públicos que para este propósito determine la Secretaría de Salud en coordinación con otras autoridades competentes;

Que en el párrafo primero, del artículo 11, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, se señala que el escrito público o privado por el que la persona manifieste su negativa expresa a ser donador, a que hace referencia el segundo párrafo del artículo 324 de la Ley General de Salud, será redactado en formato libre, el cual deberá contener la firma de la persona que manifiesta dicha negativa o su huella digital en caso de no poder firmar;

Que asimismo, el artículo 11 antes mencionado, dispone en su párrafo segundo que sin perjuicio a lo dispuesto en el párrafo primero de dicho precepto, el donador podrá expresar su negativa utilizando el formato que para tal efecto, dé a conocer el Centro Nacional de Trasplantes, mediante publicación que se realice en el Diario Oficial de la Federación, y

Que a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto por los artículos 8 y 11, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, he tenido a bien expedir el siguiente:

**AVISO POR EL QUE SE DA A CONOCER EL FORMATO OFICIAL, PARA MANIFESTAR EL  
CONSENTIMIENTO EXPRESO PARA DONAR ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS DESPUÉS DE LA  
MUERTE PARA QUE ÉSTOS SEAN UTILIZADOS EN TRASPLANTES, ASÍ COMO EL FORMATO, PARA  
MANIFESTAR LA NEGATIVA EXPRESA A SER DONADOR**

**ARTÍCULO PRIMERO.** Se da a conocer mediante el anexo 1 de este Aviso, el formato oficial a que se refiere el artículo 8, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, para manifestar el consentimiento expreso para donar órganos, tejidos y células después de la muerte para que éstos sean utilizados en trasplantes, en términos del segundo párrafo, del artículo 329, de la Ley General de Salud.

**ARTÍCULO SEGUNDO.** Se da a conocer mediante el anexo 2 de este Aviso, el formato a que se refiere el artículo 11, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, para manifestar la negativa expresa a ser donador, en términos del segundo párrafo, del artículo 324, de la Ley General de Salud.

**TRANSITORIOS**

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

**SEGUNDO.** Los formatos a los que se refiere el presente Aviso, estarán disponibles para su llenado o descarga en el Portal de Internet del Centro Nacional de Trasplantes en la página [www.cenatra.salud.org.mx](http://www.cenatra.salud.org.mx), a partir de la entrada en vigor de este Aviso.

México, Distrito Federal, a los trece días del mes de agosto de dos mil catorce.- El Director General del Centro Nacional de Trasplantes, **Arturo Dib Kuri**.- Rúbrica.

**ANEXO 1**

**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.**

Antes de llenar este Formato lea cuidadosamente el instructivo al reverso, llénese con letra de molde legible o máquina.			
<b>Fecha de presentación del Formato</b> <input type="text"/> (dd/mm/aaaa)			
<b>1.- Datos del Solicitante. Deberá anotar sus datos personales.</b>			
Nombre completo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Edad	<input type="text"/> años cumplidos De conformidad con el 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.		
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/> (dd/mm/aaaa)		
CURP	<input type="text"/>		
Sexo	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino		
Nacionalidad	<input type="radio"/> Mexicano(a) <input type="radio"/> Otro    Precisar _____		
Estado Civil	<input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Unión Libre <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Otro    Precisar _____		
Grado de Estudios	<input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Preparatoria <input type="radio"/> Licenciatura <input type="radio"/> Maestría <input type="radio"/> Doctorado <input type="radio"/> Sin estudios <input type="radio"/> Otro Precisar _____		
Ocupación	<input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Comerciante <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro    Precisar _____		

Estado	<input type="text"/> (Estado de la República Mexicana donde reside)		
<b>2.- Consentimiento expreso.</b> 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 :	<input type="checkbox"/> Todos los órganos y/o tejidos útiles para trasplante.		
B) Limitada:	<input type="checkbox"/> Córneas <input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Pulmones <input type="checkbox"/> Páncreas y Bazo <input type="checkbox"/> Hígado	<input type="checkbox"/> Riñones <input type="checkbox"/> Hueso <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> Tendones <input type="checkbox"/> Cartílagos	<input type="checkbox"/> Vasos sanguíneos <input type="checkbox"/> Intestino <input type="checkbox"/> Válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> Extremidades <input type="checkbox"/> Cara <input type="checkbox"/> Otros Precisar: _____ _____
Circunstancias de la donación (Modo, tiempo y lugar).	<input type="text"/>		
<b>3.- Referencias personales.</b>			
Nombre completo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Relación o Parentesco con el Otorgante	<input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Concubina o concubinario <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Hijo(a) <input type="radio"/> Hermano(a) <input type="radio"/> Otro      Precisar _____		
Estado	<input type="text"/> (Estado de la República Mexicana donde reside)		
Correo electrónico	<input type="text"/>		
<b>4.- Acreditación. Documentación que presenta para identificarse.</b>			
Documento	<input type="radio"/> Credencial de Elector <input type="radio"/> Cartilla Militar <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Cédula Profesional		
Folio de identificación	<input type="text"/>		

<b>5.- Nombre y Firma del Otorgante.</b>	
<b>Manifiesto que la información anteriormente asentada es veraz.</b>	
El Centro Nacional de Trasplantes no tiene obligación de informar a terceros sobre el deseo manifestado en este documento, por lo que se sugiere informarlo a su familia o a sus seres queridos.	
Nombre y firma del Otorgante (La huella digital del Otorgante será válida, en caso de que éste no pueda firmar)	
<b>6.- Datos de la Autoridad Sanitaria competente ante la que se presenta el Formato.</b>	
Nombre, firma y sello de la Autoridad Sanitaria Competente	
<b>El presente Formato, surtirá sus efectos, una vez que haya sido presentado ante la Autoridad Sanitaria Competente.</b>	
	
Centro Nacional de Trasplantes Carretera Picacho Ajusco No. 154 6to. Piso, Col. Jardines en la Montaña, Delegación Tlalpan, C.P. 14210, México, D.F. – Tel. 01 (55) 54-87-99-02 ext. 51425, 51431.	

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

FORMATO OFICIAL, PARA MANIFESTAR EL CONSENTIMIENTO EXPRESO  
PARA DONAR ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS DESPUÉS DE LA MUERTE  
PARA QUE ÉSTOS SEAN UTILIZADOS EN TRASPLANTES.

**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 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 con una "X" la opción correspondiente.

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

**Estado Civil:** Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

**Grado de Estudios:** Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

**Ocupación:** Elegir y marcar con una "X" 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 con una "X" todos los órganos y/o tejidos útiles para trasplante.

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

**Circunstancias de la donación (Modo, tiempo y lugar):** Anotar las Circunstancias de la donación de Modo, tiempo y lugar.

**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 con una "X" 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 con una "X" 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**

**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 Sanitaria 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.




CENTRO NACIONAL  
DE TRASPLANTES

ANEXO 2

FORMATO, PARA MANIFESTAR LA NEGATIVA EXPRESA A SER  
DONADOR.

Antes de llenar este Formato lea cuidadosamente el instructivo al reverso, llénesse con letra de molde legible o máquina.			
Fecha de presentación del Formato <input type="text"/> (dd/mm/aaaa)			
<b>1. Datos del Solicitante. Deberá anotar sus datos personales.</b>			
Nombre completo	<input type="text"/> Nombre(s)	<input type="text"/> Apellido Paterno	<input type="text"/> Apellido Materno
Edad	<input type="text"/> años cumplidos De conformidad con el 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.		
Fecha Nacimiento	<input type="text"/> (dd/mm/aaaa)		
CURP	<input type="text"/>		
Sexo	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino		
Nacionalidad	<input type="radio"/> Mexicano(a) <input type="radio"/> Otro    Precisar _____		
Estado Civil	<input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Unión Libre <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Otro    Precisar _____		
Grado de Estudios	<input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Preparatoria <input type="radio"/> Licenciatura <input type="radio"/> Maestría <input type="radio"/> Doctorado <input type="radio"/> Sin estudios <input type="radio"/> Otro Precisar _____		
Ocupación	<input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Empleado <input type="radio"/> Comerciante <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Otro    Precisar _____		
Estado	<input type="text"/> (Estado de la República Mexicana donde reside)		
<b>2.- Acreditación. Documentación que presenta para identificarse.</b>			
Documento	<input type="radio"/> Credencial de Elector <input type="radio"/> Cartilla Militar <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Cédula Profesional		

Folio de identificación	<input type="text"/>
<b>3.- Nombre y firma del Otorgante.</b> Con fundamento en el artículo 324, de la Ley General de Salud, yo en pleno uso de mis facultades mentales, no autorizo la disposición de mis órganos y/o tejidos para ser utilizados con fines de trasplantes.	
<b>Manifiesto que la información anteriormente asentada es veraz.</b>	
El Centro Nacional de Trasplantes no tiene obligación de informar a terceros sobre el deseo manifestado en este documento, por lo que se sugiere informarlo a su familia o a sus seres queridos.	
Nombre y firma del Otorgante (Se considera la posibilidad de la huella digital, en caso de que el Otorgante no pueda firmar)	
<b>4.- Datos de la Autoridad Sanitaria Competente ante la que se presenta el Formato.</b>	
Nombre, firma y sello de la Autoridad Sanitaria Competente.	
<b>El presente Formato, surtirá sus efectos, una vez que haya sido presentado ante la Autoridad Sanitaria Competente.</b>	
 Centro Nacional de Trasplantes Carretera Picacho Ajusco No. 154 6to. Piso, Col. Jardines en la Montaña, Delegación Tlalpan, C.P. 14210, México, D.F. Tel. 01 (55) 54-87-99-02 ext. 51425, 51431.	

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

FORMATO, PARA MANIFESTAR LA NEGATIVA EXPRESA A SER DONADOR.

**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 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 con una "X" la opción correspondiente.

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

**Estado Civil:** Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

**Grado de Estudios:** Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

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

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

**2.- Acreditación. Documentación que presenta para identificarse.**

**Documento:** Elegir y marcar con una "X" la opción correspondiente.

**Folio de identificación:** Anotar el folio de identificación del Documento Oficial con el que se identifica.

**3.- Nombre y firma del Otorgante.**

**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.

**4.- Datos de la Autoridad Sanitaria 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.

---