Donor Registration Form

This form is reserved for those who do not have internet access.

☐ **Yes!** I wish to donate my organs, eyes, and tissues to save or enhance someone's life through transplantation.

Becoming an organ, eye and tissue donor truly shares life with others. By putting your name on the Donate Life Northwest Registry you consent to having your organs and tissues made available for transplantation upon death. A document of gift, not revoked by the donor before death, is irrevocable and does not require the consent of any other person. It also authorizes any examination necessary to ensure the medical acceptability of the anatomical gift. **Registrants under the age of 18 will require consent from a parent or guardian at the time of death.** All information submitted will be used only for official Registry business and will be kept completely confidential. This information will not be shared, sold or otherwise compromised.

Please write clearly. Only readable forms can be included in the registry.

Gender: ☐ Male ☐ Female

_____

Name: (First) (Middle) (Last)

_____/_____/_____

Date of Birth

_____

Street Address City State Zip Code

_____/_____/_____ _____

Contact Phone Email

_____

Mother's Maiden Name

_____

Driver's License/ID Number State Issued

_____

Place of Birth - City, State and Country

I **DO NOT** give consent for the following organs and tissue to be donated: (check any that apply)

_____ Heart
_____ Kidneys
_____ Liver
_____ Lungs
_____ Pancreas
_____ Eyes/Corneas
_____ Small Intestine
_____ Skin
_____ Heart Valves & Cardiovascular Tissue
_____ Bone/Connective Tissue
_____ My gift of organs, eyes and tissues **MAY NOT** be used for medical research*

* Research: Every possible effort will be made to help save the lives of individual recipients through your gift of organ and tissue donation. In the event that your organs and/or tissue are unable to be used for transplantation, they may donated for education and research purposes, unless specifically excluded by checking the Limitations Research box.

By signing this registration I affirm that I am the applicant described on this application and that the information entered herein is true and correct to the best of my knowledge.

_____ _____

Signature Date

Thank you! You will be added to Oregon's Donor Registry.
We will confirm your registration directly to you via U.S.Mail.

Please mail this form to:
Donate Life Northwest – Confidential
P.O. Box 532
Portland, OR 97207

Formulario del Registro de Donante

Este formulario es reservado para personas quienes no tienen acceso al Internet.

☐ **Si!** Deseo registrarme en el registro de Done Vida Noroeste y quedar designado como donante de órganos, ojos y tejidos a salvar o mejorar la vida de alguien por trasplantación.

Siendo donante de órganos, ojos y tejidos usted realmente va a compartir su vida con otros. Al inscribirse en el Registro de Done Vida Noroeste usted permite que sus órganos, ojos y tejidos estén disponibles para ser transplantados cuando usted muera. Un documento de donación, no revocado por el donante antes de la muerta, es irreversible y no requiere el consentimiento de ningún otra persona. Esto también autoriza cualquier examen necesario para asegurar la aceptabilidad médica del órgano donado. **Personas con menos de 18 años que se inscriben requerirán el consentimiento de un padre o tutor legal al momento del deceso.** Todo la información entregada / sometida será usada solo para uso oficial del Registro y será mantenido completamente en secreto. Esta información no será compartida ni vendida ni comprometida en ninguna otra forma.

Por favor, escriba con letra clara. Solo formularios legible pueden ser incluido en el registro.

Genero/Sexo: ☐ **Masculino** ☐ **Femenino**

_____

Nombre: (Primer) **(Segundo)** **(Apellido)**

_____/_____/_____
Fecha de Nacimiento

_____

Dirección (Domicilio) **Ciudad** **Estado** **Código Postal**

_____/_____/_____ **Email / Correo electrónico:** _____
Teléfono

_____
Apellido Materno

_____

 # Licencia de Conducir / # de Identificación **Estado de emitir**

_____
Lugar de Nacimiento - Ciudad, Estado y País

YO <u>NO</u> DOY consentimiento de donación para los órganos siguientes: (marque todo que sea pertinente)

_____ Corazón
_____ Riñones
_____ Hígado
_____ Pulmones
_____ Páncreas
_____ Ojos/ Córnea
_____ Intestino Delgado
_____ Piel
_____ Válvulas del Corazón & Tejido Cardiovascular
_____ Hueso / Tejido Conectivo

_____ Mi donación de órgano, ojos y tejidos **<u>NO PUEDE</u>** ser usado para investigaciones medicales*

*** Investigación medical: Todo método posible será atentado para ayudar salvar las vidas de cada individuo que recibirá su donación de órganos, ojos y tejidos. En el caso que sus órganos y/o sus tejidos no pueden ser usado para trasplantación, ellos pueden ser donado a educación y propósitos de investigación, a menos que sea excluido específicamente por marcando la caja de Limitaciones de Investigación.**

Yo afirmo, con mi firma abajo esta registración, que yo soy el solicitante descrito en esta aplicación y que la información sometida /entregada aquí es cierto y correcto al mejor de mi conocimiento.

_____ _____
Firma Fecha

Gracias! Usted será sometido al Registro de Donantes de Oregon. Nosotros confirmáramos su registracion directamente a usted por el Correo de Los Estados Unidos.

Por favor, enviar este formulario a:
Donate Life Northwest – Confidential
P.O. Box 532, Portland, OR 97207