



Donor Registration Form

State of Oregon

This form is reserved for those without internet access. **To register online, please visit www.donatelifenw.org/register.** For questions, call us at 503-494-7888.

Yes! I wish to donate my organs, eyes, and tissues upon my death 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 Oregon donor registry, you authorize donation of your organs, eyes, and tissues for transplantation upon your death. You also authorize any examination necessary to ensure the medical acceptability of the anatomical gift. To register with specific exclusions, use the online form instead. Under Oregon law, a Document of Gift, if not revoked by the donor before death, is irreversible and does not require the authorization of any other person if the donor is at least 18 years old at the time of death. You can join the Oregon donor register at age 13. However, legal guardians will make the final decision about organ, eye, and tissue donation if you are younger than 18 years old at the time of death. All information submitted on this form will be used only for registry business, kept confidential, and not shared, sold, or otherwise compromised.

Please write clearly. Only readable forms will be added to the registry. *Indicates a required field

_____		_____		_____		M	F	X	
* First Name	Middle Name	* Last Name				Sex (circle)			
_____			_____	_____	_____				
* Current Street Address or PO Box			*City	*State	*Zip				
_____			_____						
Phone			Email						
_____		_____		_____					
*Birthdate (MM/DD/YYYY)		Mother's Maiden Name		Driver's License/ID #					
_____		_____		_____					
City of Birth		State of Birth		Country of Birth					
By signing this registration, I affirm that I am the applicant described on this application and that the information entered is true and correct to the best of my knowledge.									
_____					_____				
*Signature					*Today's Date (MM/DD/YYYY)				

FOR OFFICE USE ONLY: Students / Community / _____

THANK YOU FOR REGISTERING!

You will be added to the registry and a confirmation will be emailed or mailed to you.

Please mail completed form to: Donate Life Northwest—Confidential, PO Box 532, Portland, OR 97207
Or Fax to: 503.494.2290



Formulario de Registro de Donante

Estado de Oregon

Este formulario es reservado para personas quienes no tienen acceso al Internet. **Para registrarse en línea, visite www.donatelifenw.org/register.** Para preguntas, llámenos al 503-494-7888.



¡Si!

Deseo donar mis órganos, ojos, y tejidos después de mi muerte para salvar la vida o mejorar la salud de otras personas a través de la trasplatación.

Al ser donante de órganos, ojos y tejidos usted comparte su vida con otras personas. Al inscribirse en el Registro de donantes de Oregón, usted autoriza la donación de sus órganos, ojos, y tejidos para ser trasplantados después de su muerte. También autoriza cualquier examen necesario para garantizar la aceptabilidad médica del regalo anatómico. Para registrarse con exclusiones específicas, use el formulario en línea en vez de este formulario. Bajo la ley de Oregón, un documento de donación, es irreversible si el donante no lo revoca antes de la muerte y no requiere el consentimiento de ninguna otra persona si el donante tiene por lo menos 18 años al momento de la muerte. Se puede inscribir en el Registro de Donantes a la edad de 13 años. Sin embargo, los padres o tutores legales tomarán la decisión final sobre la donación de órganos, ojos, y tejidos si usted tiene menos de 18 años al momento de la muerte. Toda la información suministrada en este formulario se utilizará solamente para asuntos oficiales del Registro y será mantenido completamente confidencial y no será compartida, ni vendida, ni comprometida de ninguna otra forma.

Por favor, escriba con letra clara. Solo los formularios legibles pueden ser incluidos en el registro.
*Indica los espacios obligatorios.

_____			_____		_____		M	H	X
*Primer Nombre	Segundo Nombre		*Apellido			Sexo			
_____				_____	_____	_____			
*Dirección Domicilio o apartado de correos				*Ciudad	*Estado	*Código Postal			
_____				_____					
Teléfono				Email / Correo electrónico					
_____			_____			_____			
*Fecha de Nacimiento (mes/día/año)			Apellido Materno			Licencia de Conducir / # de Identificación			
_____			_____			_____			
Ciudad de Nacimiento			Estado de Nacimiento			País de Nacimiento			

Al firmar este formulario de Registro, confirmo que yo soy el solicitante descrito en este formulario y que la información suministrada aquí es cierta y correcta según mi conocimiento.

*Firma

*Fecha

SOLO PARA USO DE LA OFICINA: Estudiantes / Comunidad / _____

¡GRACIAS! Usted será sometido al Registro de Donantes de Oregón y le mandaremos una confirmación por correo electrónico o correo tradicional.

Favor de enviar este formulario a: Donate Life Northwest – Confidential, PO Box 532, Portland, OR 97207.

O envíelo por fax: 503.494.2290