



Donor Registration Form

State of Oregon



Please mail this form to Cascade Life Alliance, 2611 SW 3rd Ave Ste #320, Portland, OR 97201. To register online, please visit donatelifenw.org/register. For questions, call us at 503-346-9499.

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)				

THANK YOU FOR REGISTERING!

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



Formulario de Registro de Donante

Estado de Oregón



Por favor envíe este formulario a Cascade Life Alliance, 2611 SW 3rd Ave Ste #320, Portland, OR 97201. Para registrarse en línea, visite donatelifenw.org/register. Para preguntas, llámenos al 503-346-9499.



¡Sí!

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 trasplantación.

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.

_____ *Primer Nombre	_____ Segundo Nombre	_____ *Apellido	_____ M	_____ H	_____ X
_____ *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

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