

Gracias por solicitar información sobre nuestro programa Anatomical Gift Program.

**Para registrarse como donante de cuerpo entero complete los dos formularios siguientes** y envíe los originales a los coordinadores del programa Anatomical Gift Program a la dirección anterior.

**Donación de Cuerpo Entero.** El donante, en presencia de uno o más testigos, que tenga como mínimo 18 años de edad, debe firmar este formulario. Haga varias copias del Formulario de legado y entréguelas según se indica al final del formulario, o a cualquier persona que el donante desee que tome conocimiento sobre su decisión.

El donante debe tener un familiar cercano o un albacea testamentario para cumplir con los requisitos de este programa.

**Formulario de información nro. 1** El donante completa las preguntas 1 a 17.

Completar y enviar los dos formularios antes mencionados concluye el proceso de inscripción en el programa Anatomical Gift Program de Icahn School of Medicine at Mount Sinai.

---

**El familiar más cercano y/o el albacea testamentario deben completar los cuatro formularios siguientes después de que el donante fallezca.**

**Formulario de información nro. 2** El familiar más cercano y/o el albacea testamentario responden las preguntas 18 a 30.

**Declaración jurada de la facultad de medicina** El familiar más cercano y/o el albacea testamentario completan el formulario y lo firman en presencia de un notario público.

**Solicitud de permiso de cremación.** Este formulario también debe ser completado por el familiar más cercano y/o el albacea testamentario y se debe firmar en presencia de un notario público.

**Formulario de entrega de los restos a la familia.** El familiar más cercano y/o el albacea testamentario documentan el deseo del donante sobre la disposición de las cenizas.

Una vez completados los cuatro formularios anteriores, se deben enviar los originales a los coordinadores del programa.

---

**Cuando se produce el fallecimiento, el familiar más cercano o el albacea deben notificar *de inmediato* a los coordinadores del programa Anatomical Gift Program llamando al (212) 241-7276. Si se produce fuera del horario de atención habitual, se puede **LLAMAR a los coordinadores al (917) 641-0063 o (917) 641-0094. Después de escuchar una serie de pitidos, marque un número de teléfono de contacto al que se lo pueda llamar.**** Le devolveremos la llamada lo antes posible para reunir información sobre el donante y hacer los arreglos necesarios con nuestros directores fúnebres para transportar al donante.

A partir del 1 de enero de 2020, nuestro Programa de regalos anatómicos ha implementado nuevas tarifas. El costo de cada certificado de defunción es de **15.00**, junto con la tarifa única de procesamiento de **250.00** para un donante registrado. La tarifa de procesamiento para un donante no registrado es de **350.00**. Si desea que le enviemos las cremaciones por correo o que la escuela de medicina las entierre en nuestro terreno del cementerio, la tarifa es de **100.00**. No se cobran tarifas si decide recoger los cremains de nuestra oficina.

**TENGA EN CUENTA:** No aceptaremos un cuerpo que haya sido autopsiado / embalsamado. Tampoco aceptaremos los restos de alguien que haya tenido una enfermedad transmisible activa en el momento de la muerte. También nos reservamos el derecho de no aceptar un cuerpo si supera las 250 libras.

### Formulario de legado

Estando en mi sano juicio y teniendo más de 18 años de edad, por la presente realizo esta donación anatómica de mi cuerpo a Icahn School of Medicine at Mount Sinai de la ciudad de Nueva York, que tendrá efecto desde mi fallecimiento, y ordeno que después de mi muerte, mi cuerpo sea entregado a Icahn School of Medicine en Fifth Avenue y la Calle 100, Nueva York. Icahn School of Medicine puede utilizar mi cuerpo para la educación médica, investigación y otros propósitos autorizados por la ley. Comprendo que Icahn School of Medicine pagará los costos de transporte de mi cuerpo hasta la institución, hasta una distancia de 120 millas. El agente de Icahn School of Medicine cremará los restos de mi cuerpo.

Si Icahn School of Medicine no puede aceptar mi cuerpo (debido a una autopsia o que mi familiar más cercano/albacea no aceptan pagar los costos de transporte por exceder las 120 millas, o si muero fuera de los Estados Unidos, o por cualquier otro motivo), por la presente ordeno a mi familiar más cercano/albacea que ofrezcan mis restos a la facultad de medicina más cercana a fin de que se utilice para los objetivos mencionados más arriba.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre completo del donante: \_\_\_\_\_  
(En letra de imprenta clara)

Dirección: \_\_\_\_\_

Apartamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Números de teléfono (hogar/trabajo/celular): \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

***\*FIRMADO POR el donante en presencia de una o más personas como testigos:***

× \_\_\_\_\_  
Firma del donante

× \_\_\_\_\_  
× \_\_\_\_\_  
Firma del testigo

Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Dirección del testigo

\_\_\_\_\_  
Dirección del testigo

- Copia para el donante
- Copia para el familiar más cercano/albacea
- Copia para el médico
- Copia para el abogado

**Formulario de información (página 1)**

1. Nombre completo del donante: \_\_\_\_\_  
(En letra de imprenta clara)
2. Escriba otro(s) nombre(s) por el/los que se conoce al donante:  
\_\_\_\_\_
3. Dirección: \_\_\_\_\_  
Apartamento: \_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Números de teléfono (hogar/trabajo/celular): \_\_\_\_\_
4. Fecha de nacimiento: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_
5. Estado civil:  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado
6. Lugar de nacimiento (ciudad/estado y/o país extranjero): \_\_\_\_\_
7. Nombre completo del cónyuge/pareja: \_\_\_\_\_  
(Si es la esposa, colocar el nombre de soltera completo)
8. Ocupación durante el período laboral: \_\_\_\_\_
9. Nivel de educación alcanzado: \_\_\_\_\_
10. Tipo de carrera/actividad comercial o industria: \_\_\_\_\_
11. Número de seguro social: (En letra de imprenta clara) \_\_\_\_\_
12. Veterano de guerra de los Estados Unidos:  Sí  No  N/A
13. Nombre completo del padre del donante \_\_\_\_\_
14. Nombre completo de la madre del donante (nombre de soltera) \_\_\_\_\_
15. Nombre del familiar más cercano y/o albacea testamentario: \_\_\_\_\_
16. Especifique su relación con el donante: \_\_\_\_\_
17. Dirección del familiar más cercano y/o albacea: \_\_\_\_\_  
Departamento Nro. \_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Números de contacto (hogar/trabajo/celular): \_\_\_\_\_  
Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_



**Formulario de información (página 2) -Para ser completado después del fallecimiento del donante.**

18. Fecha de fallecimiento: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_
19. Lugar de fallecimiento (institución/hospital/hogar): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono: \_\_\_\_\_
20. Cantidad de tiempo en la ciudad de Nueva York antes del fallecimiento: \_\_\_\_\_
21. Edad en el último cumpleaños: \_\_\_\_\_ 22. Ciudadanía: \_\_\_\_\_
23. Nombre completo del informante: \_\_\_\_\_
24. Relación con el fallecido: \_\_\_\_\_
25. Dirección: \_\_\_\_\_  
Departamento Nro.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Números de contacto (hogar/trabajo/celular) \_\_\_\_\_
26. Nombre completo de la persona que autoriza la donación: \_\_\_\_\_
27. Relación con el fallecido (familiar más cercano o albacea testamentario): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Departamento Nro. \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Números de contacto (hogar/trabajo/celular): \_\_\_\_\_
28. Si el cónyuge del donante falleció, indicar la fecha de fallecimiento: \_\_\_\_\_
29. Nombre del médico que atendió al fallecido: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_
30. Cantidad total de certificados de defunción solicitados: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN JURADA LA FACULTAD DE MEDICINA

Estado de \_\_\_\_\_

Condado de \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, residente  
de \_\_\_\_\_,

declaro y afirmo que soy el  
\_\_\_\_\_ familiar más cercano y/o albacea testamentario de  
(Relación)

(Donante fallecido-en letra de imprenta)

Y que deseo cumplir la voluntad de

(Donante fallecido)

de que sus restos sean entregados al Departamento de Educación Médica de Icahn School of Medicine at Mount Sinai para su uso en la enseñanza y la promoción de las ciencias médicas y la investigación.

En caso de que los restos de

(Donante fallecido)

estén en la morgue de la ciudad o una autoridad similar, por la presente autorizo a la Morgue de la ciudad o a la autoridad similar a entregar los restos a los agentes designados de Icahn School of Medicine at Mount Sinai para el Departamento de Educación Médica.

Cuando los restos de \_\_\_\_\_ ya no  
tengan

(Donante fallecido)

valor para los fines mencionados de Icahn School of Medicine, autorizo que los restos sean cremados según las leyes del estado de Nueva York sin costo alguno para la familia o los herederos del fallecido, de acuerdo con la voluntad del fallecido.

× \_\_\_\_\_

Firma del familiar más cercano o albacea testamentario

Declarado ante mí el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

× \_\_\_\_\_

Firma del notario público



**VR 50 (REV 8/02) SOLICITUD DE PERMISO DE CREMACIÓN**

Para la Oficina de Registro Civil,  
Departamento de Salud e Higiene Mental,  
Ciudad de Nueva York

Estado \_\_\_\_\_

CONDADO DE \_\_\_\_\_ SS:

\_\_\_\_\_ bajo juramento declara y afirma

que él/ella reside en \_\_\_\_\_  
(Dirección)

y desea que el Departamento de Salud e Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York emita

un permiso para la cremación del cuerpo de \_\_\_\_\_  
(Nombre del donante)

que falleció en \_\_\_\_\_  
(Dirección)

El \_\_\_\_\_  
(Fecha)

*La presunción del declarante de la actuación de la autoridad se basa en lo siguiente:*

El declarante afirma que el fallecido expresó en vida la voluntad de que

sus restos sean cremados y que su relación con el fallecido es:

\_\_\_\_\_

Firmado y jurado ante mí el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Fecha) (Mes) (Año)

× \_\_\_\_\_  
Firma del familiar más cercano o albacea testamentario

× \_\_\_\_\_  
Firma del notario público



**Programa Anatómico de Regalo  
(Donación de Cuerpo Entero)**  
One Gustave L. Levy Place, Box 1007, Annenberg Suite 12-90  
New York, NY 10029-6574  
Teléfono: 212-241-7276 Fax: 212-860-1174  
Sitio web: www.ica hn.mssm.edu/bodydonation

**FORMULARIO DE ENTREGA DE LOS RESTOS A LA FAMILIA**

Fecha: \_\_\_\_\_

Como familiar más cercano o albacea testamentario de \_\_\_\_\_,  
(Nombre del donante/en letra de imprenta clara)

**solicito que las cenizas se entreguen a:**

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Receptor designado)

Dirección: \_\_\_\_\_

Apartamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Números de contacto (hogar/trabajo/celular): \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

*Comprendo que si el programa Anatomical Gift Program de Icahn School of Medicine at Mount Sinai no puede comunicarse con el receptor designado en el número y/o las direcciones anteriores, dentro de los seis meses posteriores a la notificación, los restos serán enterrados en el cementerio Brick Church Cemetery de Spring Valley, Nueva York.*

**Solicito que las cenizas se entierren en el cementerio Brick Church Cemetery.**

× \_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(En letra de imprenta clara)