

## Legal Next-of-Kin Willed Body to Science Consent Form



BIOLOGICAL RESOURCE CENTER  
2602 South 24<sup>th</sup> Street  
Phoenix, Arizona 85034  
Main (602) 494-4272 Fax (602) 494-4273

Forma de Consentimiento de Cuerpo Legado a la Ciencia Por medio de Pariente más Cercano

Yo, \_\_\_\_\_ soy el pariente legal más cercano de  
(Nombre en imprenta del pariente legal más cercano y relación al donador)  
\_\_\_\_\_, el/la donante.  
(Nombre completo en imprenta del donador)

Con el presente documento lego el cuerpo de la persona fallecida arriba mencionada a Biological Resource Center, Inc. para propósitos educacionales y/o investigación científica. Entiendo que Biological Resource Center, Inc. será responsable por cualquier costo relacionado directamente con la donación. Entiendo la naturaleza de los procedimientos de anatomía por los que debe pasar el cuerpo y autorizo a Biological Resource Center, Inc. a hacer disección y/o desarticular el cuerpo como sea necesario para ser utilizado al máximo en múltiples propósitos con fines educacionales o investigación científica. Entiendo que las universidades, organizaciones o instituciones que usen los especímenes del cuerpo donado, han sido investigadas para comprobar que poseen mérito educacional o científico y que el estado de la corporación, ya sea "lucrativo" o "no-lucrativo" no tiene relación en lo que se refiere a la aceptación o rechazo de la distribución de especímenes hechas por Biological Resource Center, Inc. Entiendo que Biological Resource, Inc. manejará el cuerpo con dignidad y respeto dentro de los usos limitados especificados anteriormente.

Autorizo a Biological Resource Center, Inc. a obtener muestras de sangre de este cuerpo, para comprobar enfermedades infecciosas. Estas pruebas de enfermedad infecciosa incluirán pero no están limitadas a comprobar HIV/AIDS (SIDA) y virus de hepatitis. Autorizo a Biological Resource Center, Inc. a obtener historia médica y social que sea pertinente y/o resultados de exámenes de serología obtenidos antes o después de ocurrida la muerte, de parte de cualquier médico, enfermero/a, facultad médica, hospital u organización procuradora para ser usado de manera que Biological Resource Center, Inc. estime necesaria para investigar el cuerpo en caso de enfermedades infecciosas y determinar si el cuerpo está en estado apropiado para ser utilizado con fines educacionales o científicos. Entiendo que toda la información médica o resultados de exámenes de serología será tratada en estricta confidencia y que todos los especímenes tendrán un código digital para mantener la identidad en forma anónima del donante como lo requieren las leyes del estado y federales.

Hago este obsequio de manera libre y voluntaria, sin ninguna obligación de parte de la organización recipiente y entiendo que no habrá compensación ni recompensa para mí o mi familia. Autorizo a Biological Resource Center, Inc. a incinerar la porción del cuerpo no utilizada para fines educacionales o de investigación científica usando los servicios de un crematorio licenciado. Entiendo que algún miembro designado de la familia podrá requerir las cenizas obtenidas de la porción del cuerpo no utilizada. Esta persona se designará en la parte de abajo de esta forma. Entiendo que los especímenes distribuidos a instituciones educacionales o científicas serán incinerados en forma médica como lo requieren las leyes del estado y federales y no serán devueltas a nadie.

Declaro y garantizo a Biological Resource Center, Inc. que : 1.) No tengo conocimiento de que el donante arriba mencionado haya objetado alguna vez a donar cualquier tipo de tejido humano por escrito; 2.) No existe nadie que tenga mayor autoridad para hacer esta donación anatómica; 3.) No tengo conocimiento de objeción de ningún otro miembro con el mismo grado de autoridad para hacer esta donación anatómica.

Con este documento libero de responsabilidad a Biological Resource Center, Inc. al personal de Biological Resource Center, Inc., a cualquier director de funeraria o a sus agentes, a cualquier funeraria o crematorio, a consumidores de tejidos humanos de Biological Resource Center, Inc., o a sus coordinadores, de cualquier pérdida o daño, incluyendo daño incidental o de consecuencia, contraídos por el hecho de que la persona que aquí firma no haya tenido la autoridad legal apropiada para consentir a esta donación anatómica y/o mientras Biological Resource Center, Inc. haya actuado de buena fe.

¿Desea Ud. devolvamos las cenizas de las partes del cuerpo no utilizadas para fines educacionales o científicos?

Si, por favor devuélvanlas a mí o a la persona que abajo firma

No, no deseo recibir las cenizas

X \_\_\_\_\_  
(Firma del pariente legal más cercano)

X \_\_\_\_\_  
(Firma de un testigo-Debe ser mayor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en imprenta del pariente legal más cercano )

\_\_\_\_\_  
(Nombre en imprenta del testigo)

\_\_\_\_\_  
(Domicilio del pariente más cercano)

X \_\_\_\_\_  
(Firma de un segundo testigo)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad, Estado, Código Postal)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en imprenta del segundo testigo)

Teléfono del pariente más cercano ( ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Fecha de firma del consentimiento) Hora

La(s) persona(s) que aquí firman estan autorizadas a recibir las cenizas del fallecido/a:

( ) N/A \_\_\_\_\_ Nombre en imprenta. Teléfono ( ) \_\_\_\_\_