



## 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

Yo, \_\_\_\_\_  
(Nombre en imprenta del donador pre-registrado)

Con el presente documento lego mi cuerpo, una vez confirmada la muerte 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 mi 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 de mi 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 mi cuerpo con dignidad y respeto dentro de los usos limitados especificados anteriormente.

Autorizo a Biological Resource Center, Inc. a obtener muestras de sangre de mi cuerpo, después de mi muerte, 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 mi 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 mi cuerpo en caso de enfermedades infecciosas y determinar si mi 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 mi identidad en forma anónima 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 de mi cuerpo no utilizada para fines educacionales o de investigación científica usando los servicios de un crematorio licenciado. Entiendo que algún miembro designado de mi familia podrá requerir las cenizas obtenidas de la porción de mi 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 documentos escritos donde objete a alguna donación de tejidos humanos; 2.) No recibiré ninguna clase de compensación; 3.) Informaré a los miembros apropiados de mi familia sobre mi decisión de donar mi cuerpo con fines de investigación científica y educación médica.

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 que ocurra mientras Biological Resource Center, Inc. esté actuando de buena fe.

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

Sí, por favor devuélvalas a la persona aquí designada

No, prefiero que mi familia no obtenga mis cenizas

X \_\_\_\_\_  
(Firma del donante pre-registrado)

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

\_\_\_\_\_  
(Nombre en imprenta del donante pre-registrado)

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

\_\_\_\_\_  
(Domicilio del donante)

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

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

\_\_\_\_\_  
(Nombre en imprenta del 2do. testigo)

Teléfono del donante ( ) \_\_\_\_\_

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

Persona autorizada a recibir cenizas: ( ) N/A \_\_\_\_\_ Teléfono ( ) \_\_\_\_\_  
(Nombre en imprenta, por favor)