

Columbia University College of Physicians & Surgeons
Programa de Donación de Cuerpo Entero

Declaración Jurada requerida por el donante

INTENCIÓN DE DONACIÓN DE CUERPO (firma debe ser atestiguada)

Yo, _____, residente en _____, en la Ciudad de _____, en el Condado de _____, en el Estado de _____, aquí mismo entrego mi cuerpo después del fallecimiento al **College of Physicians & Surgeons of Columbia University** para que sea utilizado con el propósito de la educación, la investigación y el progreso de las ciencias médicas. Yo también indico que mi cuerpo sea entregado inmediatamente después de mi fallecimiento al instituto indicado anteriormente con los propósitos ya mencionados. **Columbia University** se encargará del transporte y el embalsamiento si mi cuerpo se encuentra dentro de la Zona Mayor Metropolitana de Nueva York (60 millas a la redonda de Manhattan). **Columbia University** se reserva el derecho a rechazar la donación si el cuerpo se considera inadecuado para su estudio, por ejemplo, si el cuerpo padece de una enfermedad transferible, es mórbidamente obeso o emaciado, tiene extremidades en posiciones contraídas tales como la posición fetal, o ha tenido una autopsia o cirugía abierta que no se ha curado.

Fecha _____ Firma del Donante _____

Firma del Primer Testigo

Firma del Segundo Testigo

Dirección del Primer Testigo

Dirección del Segundo Testigo

Autorización para la Cremación (firma debe ser notariada):

Cuando el resto de mi cuerpo cese de ser de uso para el **College of Physicians & Surgeons of Columbia University** (normalmente dentro de los 2 años), yo, _____, aquí mismo indico que la cremación de el resto de mi cuerpo se lleve a cabo mediante **Columbia University**.

Fecha _____ Firma del Donante _____

Jurado en este día _____
de _____ (mes) del 20__

Notario Público u Oficial Notarial