

6816

6816

Solicitud, Autorización y Liberación del Receptor

He leído, entiendo y estoy de acuerdo en cumplir la política del Programa de Trasplante de Hartford Hospital con respecto al intercambio de información.

Con base en mi interés de comunicarme con la familia (representante legal) del/de la o de los/las donantes del o de los órganos que recibí, solicito y autorizo al Programa de Trasplante de Hartford Hospital para que proporcione la siguiente información a la familia/ al representante legal del/de la o de los/las donantes de órganos designado(s)/a(s).

Mi nombre: _____

Mi dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: () _____ Correo electrónico: _____

Otra información: _____

Entiendo que como resultado de la liberación de esta información, esas personas u otras pueden contactarme y que mi identidad tal vez ya no sea confidencial. Entiendo que nadie puede evitar que la(s) persona(s) que recibe(n) la información en virtud de esta solicitud y autorización se la entreguen a alguien más.

Los riesgos y los beneficios potenciales de comunicarse con la familia / el representante legal del/de la donante y mi pérdida de anonimidad incluyen:

Beneficios potenciales

1. Impacto emocional
2. Una oportunidad de expresar alegría y gratitud
3. Una oportunidad de saber que el regalo marcó una diferencia
4. Identificarse o humanizarse con una persona con la que puede haber tenido una relación anónima prolongada.

Riesgos potenciales

1. Impacto emocional
2. Consecuencias impredecibles
 - comunicación no deseada
 - imposibilidad de finalizar el contacto
3. Diferencias
 - Culturales
 - Religiosas
 - Morales
 - Sociales
4. Dolor, tristeza, resentimiento, una sensación de responsabilidad por la familia de donante.

6816

6816

5. Control y empoderamiento

5. Diferencia en la respuesta de los miembros de la familia

6. Facilidad del contacto directo, es decir, quitar al "intermediario"

6. Ansiedad de que el miembro de la familia pueda pensar si el receptor era digno del regalo

7. Una oportunidad de compartir entre el miembro de la familia y la familia del donante

7. Ansiedad sobre qué decir y/o hacer

8. Aumento en la donación

8. Disminución en la donación

He leído los Riesgos y Beneficios Potenciales de mi Pérdida de Anonimidad. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas.

En mi nombre, el de mis herederos, familiares y amigos, libero a Hartford Hospital, sus empleados, agentes y todos los proveedores de cuidado de la salud que hayan participado en la donación y el trasplante de toda responsabilidad por cualquier lesión o daño de cualquier tipo que pudiera resultar de mi solicitud de brindar autorización para que el Programa de Trasplante de Hartford Hospital divulgue información sobre mí. Asumo todos los riesgos de lesiones u otros daños, que pudieran ocurrir como resultado de la divulgación.

Esta es mi decisión. Nadie del Programa de Trasplante de Hartford Hospital ha solicitado o exigido que yo tome esta medida.

Firma del receptor del órgano

Fecha

Hora

Firma del Coordinador de
Comunicaciones Designado

Fecha

Hora

9/2/14