

Llene la información debajo de ser agregado a o quitado del registro.

Nombre del Participante

Dirección (Calle)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal)

El Condado de Residencia

Género Masculino Femenino

La fecha del Nacimiento

Numero de Seguro Social o
Numero de Licencia de Conducción

¿Quiere usted su nombre incluido en el Registro de Donante de Órgano?

- Si, Yo quiero me nombre y información incluido en el Registro.
- No, quita por favor mi nombre y la información del registro.

Firma del Participante Fecha

Testigo (*requerido para todos aplicantes*) Fecha

Si bajo la edad de 18 un padre o el guardián debe firmar como testigo.

Envía por favor la forma completa a:

Midwest Transplant Network
1900 W. 47th Place, Suite 400
Westwood, KS 66205
Peaje Gratis (888) 744-4531