



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Por favor tenga en cuenta: Los retazos de colcha que identifican el nombre del donante deben ir acompañados de un consentimiento escrito por parte de la familia del donante (próxima página).

Yo, _____, acepto que Gift of Hope, Red de Donantes de Órganos y Tejidos, reproduzca la totalidad o partes de mi historia en una publicación a nivel estatal y/o por la Internet. Contribuí con un retazo de colcha en memoria de

Él/Ella era mi _____ (Relación con el donante)

Fecha de nacimiento de él/ella _____ Fecha de fallecimiento: _____

Su nombre: _____

Dirección:

Ciudad/Estado/Zona Postal:

Teléfono: _____

E-mail (correo electrónico): _____

Por favor publiquen mi nombre junto con mi historia en los folletos que acompañan a la

colcha de retazos así como en la página de Internet de Gift of Hope

_____ Incluyan mi ciudad y estado _____ No incluyan mi ciudad y estado

_____ No publiquen mi nombre. Publiquen sólo mi historia.

Firma

Firma del custodio, si es menor de 18 años

Fecha

Formulario de Autorización de la Familia Donante en la segunda página.



PARA LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA DONANTE

Doy mi consentimiento para la publicación de esta información por parte de Gift of Hope, Red de Donantes de Órganos y Tejidos, identificando a la persona anteriormente mencionada como donante de órganos y tejidos con los siguientes propósitos:

(Por favor marque todos los que se ajusten al caso)

- _____ Publicación en folletos sobre la Colcha de Retazos de Gift of Hope, así como en panfletos, informes y/o periódicos.
- _____ Transmisiones radiales o televisivas, videos educativos, publicaciones y literatura concerniente a la Colcha de Retazos de Gift of Hope.
- _____ Presentaciones relacionadas con la Colcha de Retazos de Gift of Hope.
- _____ Publicación en la página de Internet de Gift of Hope.

El abajo firmante además acepta que:

- Gift of Hope no será responsable de ningún error que pueda haber en las publicaciones o transmisiones por televisión;
- Gift of Hope retendrá el derecho exclusivo a aprobar o desaprobado la extensión, el formato y el modo en que la información se dé a conocer;
- Gift of Hope será exonerada de cualquier demanda, reclamo, daños o responsabilidad que se presente en conexión con la publicación de la información relacionada con este consentimiento, incluyendo —sin limitarse a— difamación, calumnia o invasión de la privacidad; y
- Este consentimiento será efectivo al momento de la firma del abajo firmante y sólo terminará cuando Gift of Hope reciba una nota por escrito del cese del consentimiento por el abajo firmante. Al momento del recibo de dicha nota, Gift of Hope aceptará no usar la información en ninguna otra publicación aparte de las que ya estén impresas y/o que ya hayan sido transmitidas o en videos que ya hayan sido publicados.

Firma

Firma del custodio, si es menor de 18 años

Fecha

LISTA DE VERIFICACIÓN

No se olvide de...

- Incluir el retazo en una bolsa plástica con cierre.
- Incluir su nombre, dirección y número telefónico en una hoja de papel aparte.
- Incluir una historia de 100 palabras. *(Opcional)*
- Firmar el formulario de autorización para exhibición.

Envíe este formulario por correo junto con el retazo de colcha a:

Donor Family Services
Attn: Quilt Project
Gift of Hope Organ & Tissue Donor Network
425 Spring Lake Drive
Itasca, IL 60143-2076