

DECLARACIÓN JURADA DONANTE

Yo,
Domiciliada (o) en
Nacionalidad
Cédula de Identidad N°
Estado civil:
Estudios (Básicos, Medios, Universitarios):
Profesión / Ocupación:
Edad:

Declaro que es mi deseo que, a mi muerte, mi cuerpo sea entregado a la Pontificia Universidad Católica de Chile (en adelante, la Universidad), Corporación de Derecho Público de Estudios Superiores, RUT N° 81.698.900-0 (Facultad de Medicina), de acuerdo la ley N° 19.451, que establece normas sobre trasplante y donación de órganos, y al artículo 146° del Código Sanitario, que dispone: *“Toda persona plenamente capaz podrá disponer de su cadáver, o de partes de él, con el objeto de que sea utilizado en fines de investigación científica y/o para la docencia universitaria. En este acto, el donante manifiesta su voluntad por escrito, pudiendo revocarla en la misma forma; todo ello de conformidad con las formalidades que señale el reglamento.”* Y los artículos 5° y 6° de su reglamento, contenido en el Decreto N° 240 del Ministerio de Salud de fecha 3 de junio de 1983.

En este acto, manifiesto mi voluntad por escrito y bajo juramento, pudiendo revocarla en cualquier momento, hago donación de la totalidad de mi cuerpo a la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, para que después de mi muerte se disponga de él con fines docentes y/o de investigación científica.

La entrega generosa de mi cuerpo es con el único fin de contribuir a la formación y capacitación de profesionales de la salud, y al desarrollo de la investigación científica, en cursos a cargo de académicos e investigadores de la Facultad de Medicina de esta Universidad.

Se me ha explicado que se mantendrá mi identidad anónima y mi cuerpo será tratado con el máximo respeto y dignidad, de acuerdo a las normativas éticas, jurídicas y los reglamentos académicos de la Universidad. Se entiende que el incumplimiento de dichas normativas puede configurar el delito de ultraje de cadáver tipificado en el artículo 322 bis. del Código Penal. Del mismo modo, se me ha explicado que la Pontificia Universidad Católica de Chile se hará responsable de su proceso de traslado, cuidado, y mantención.

Entiendo y acepto que la Universidad, en el momento de mi muerte, no pueda recibir mi cuerpo en su Facultad de Medicina, por limitaciones de espacio físico, porque éste puede ser de riesgo biológico, por daño extenso, u otras razones de fuerza mayor.

Asimismo, autorizo a la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile para tratar aquellos datos personales y datos sensibles contenidos en mi historial médico, de la información clínica de utilidad para uso en investigación científica y docencia universitaria, garantizando mi anonimato. Esta

autorización excluye cualesquiera otros fines no autorizados, conforme a lo dispuesto en el artículo 9° de la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada.

Me comprometo a enviar esta declaración al Ministerio de Salud para los efectos de su inscripción y archivo en un registro especial en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 7° del Decreto N° 240 del Ministerio de Salud de fecha 3 de junio de 1983.

Finalmente, vengo en conferir Poder Especial, y tan amplio como en derecho se requiera, al Decano/a de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, domiciliado/a en Avenida Libertador Bernardo O' Higgins N° 340, comuna de Santiago, o a quienes éste designe, para gestionar la cremación de mis restos mortales, así como su depósito en el columbario institucional del Cementerio Católico de Recoleta, cuando dicha autoridad lo determine.

Nombre Completo
Lugar
Fecha

Firma:

La presente declaración debe ser suscrita personalmente por el donante ante Notario, en virtud de lo establecido en el artículo 6° y 7° del Reglamento del Libro Noveno del Código Sanitario, Decreto N° 240 del Ministerio de Salud de fecha 3 de junio de 1983.

CONTACTO DONANTE:

Teléfono donante:.....

Correo electrónico:
representante legal, que puede ser Cónyuge o, hijas/hijos ó padres
.....

Teléfono representante legal que puede ser Cónyuge o, hijas/hijos o, o padres
.....