

UCSF Willed Body Program

School of Medicine, AC-14

UCSF Box 0902

San Francisco, CA 94143

415-476-1981

415-502-1460 fax

Email: willedbodyprogram@ucsf.edu

Website: willedbodyprogram.ucsf.edu

Donor Application

SPANISH

Nombre del donante: _____

Instrucciones generales	2
Hoja de estadísticas vitales	3
Información de salud	4
Acuerdo de donación	5-14
Notificación de la Ley de Privacidad	15-16



UCSF Willed Body Program

School of Medicine, AC-14

UCSF Box 0902

San Francisco, CA 94143

415-476-1981

415-502-1460 fax

Correo electrónico: willedbodyprogram@ucsf.edu

Sitio web: willedbodyprogram.ucsf.edu

Gracias por su interés en el Programa de Donación Anatómica de la Universidad de San Francisco. Adjunto encontrará nuestra solicitud de registro de donantes. Al completar esta solicitud, envíela por correo a la dirección anterior. Debe esperar la confirmación de su registro dentro de tres semanas después del envío de su solicitud por correo.

Todos los formularios de registro de donantes deben completarse y firmarse donde se indica. El Acuerdo de Donación de la Universidad de California requerirá una firma presenciada por dos personas o un Notario Público. Envíe por correo los formularios completos, que incluyen la solicitud de donante completa, al Programa de Donación Anatómica de UCSF en el sobre proporcionado o a la dirección indicada anteriormente. En cuanto que el Programa haya revisado y aceptado los formularios, se le enviará un acuse de recibo junto con una tarjeta de identificación de donante.

Por favor llame al programa al 415-476-1828 si tiene preguntas o necesita ayuda para completar los formularios. Toda la información proporcionada se mantendrá confidencial en la medida permitida por la ley.

Instrucciones

Si está completando el formulario **por sí mismo**, complete **las páginas 1 a 9** (o 10 si corresponde), escriba sus iniciales y firme donde se indica.

Si está completando el formulario **para otra persona**, complete las **páginas 1 a 8 y 11-12**, con sus iniciales y firma donde se indica.

Hoja de estadísticas vitales

La información proporcionada es de gran valor para la enseñanza y la investigación y también se requiere para completar ciertos formularios gubernamentales. La información también se utilizará para completar y procesar el certificado de defunción con la Oficina de Registros Vitales del Estado de California. Todas las casillas deben completarse lo mejor que pueda. Si no tiene la información de una sección, escriba "desconocido" o "ninguno" en ese espacio. No deje ninguna casilla en blanco. IMPRIMA toda la información y vuelva a verificar si hay errores ortográficos.

Acuerdo de donación

Firme este formulario frente a dos testigos o un notario público (si está firmando el acuerdo de donación por sí mismo). Si la donación la hace el apoderado designado en un poder notarial duradero para atención médica o directiva que autorice expresamente al apoderado para hacer una donación anatómica de todo o parte del cuerpo del poderdante, copia completa y legible del poder duradero para atención médica o directiva debe acompañar este formulario.

ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE – ESTA INFORMACIÓN SE UTILIZA PARA COMPLETAR EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

NOMBRE DEL DONANTE _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido

APODO Y PRONOMBRE _____

TELÉFONO (____) _____ CORREO ELECTRÓNICO _____ FECHA _____

MASCULINO FEMENINO NO BINARIA

FECHA DE NACIMIENTO _____ ESTADO DE NACIMIENTO _____
 O PAÍS EXTRANJERO _____

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____ - _____ - _____

FUERZAS ARMADAS DE EE. UU. Si, No, Desconocido

ESTADO CIVIL NUNCA ESTUVO CASADO CASADO VIUDO DIVORCIADO, PAREJA DE HECHO REGISTRADA

<input type="checkbox"/> Grado 0-11	<input type="checkbox"/> G.E.D.	<input type="checkbox"/> Maestría (e.g., MA, MS, MEng, ME d, MSW, MBA)
Mayor nivel/grado alcanzado: ____	<input type="checkbox"/> Un poco de universidad	<input type="checkbox"/> Doctorado (e.g., PhD, EdD)
<input type="checkbox"/> Grado 12, sin diploma	<input type="checkbox"/> Título de Asociado (e.g., AA, AS)	<input type="checkbox"/> Títulos Avanzados (e.g., MD, DDS, DVM, LLB, JD)
<input type="checkbox"/> Graduado con título secundario	<input type="checkbox"/> Título de Licenciado (e.g., BA, AB, BS)	

LATINO/HISPANO No, SI: Mexicano, SI: Mexicano-Americano, SI: ESPECIFIQUE: _____

RAZA (Se permiten hasta tres selecciones)

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii	<input type="checkbox"/> Japonés
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Guameña	<input type="checkbox"/> Coreano
<input type="checkbox"/> Afro-Americano	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> Laosiano
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> De las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Aleut	<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Tailandés
<input type="checkbox"/> Inuit	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Otro asiático
<input type="checkbox"/> Nativo Americano / Indígena	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Otra, por favor especifique: _____
	<input type="checkbox"/> Filipino	
	<input type="checkbox"/> Hmong	

EMPLEO HABITUAL _____
 (Si ahora está jubilado o discapacitado, por favor ingrese información de ocupación ANTES de la jubilación o discapacidad)

CLASE DE INDUSTRIA O EMPRESA _____ AÑOS DE EMPLEO _____

DIRECCIÓN HABITUAL _____
CALLE CIUDAD ESTADO/CÓDIGO POSTAL

CONDADO DE RESIDENCIA _____ CANTIDAD DE AÑOS EN ESTE CONDADO _____

NOMBRE DEL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE _____
 (Si es esposa, ingresar el nombre de soltera) PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____
PRIMER NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE / APELLIDO

NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____
INGRESAR EL NOMBRE DE SOLTERA PRIMER NOMBRE / SEGUNDO NOMBRE / APELLIDO

INFORMACIÓN DE SALUD

NOMBRE DEL MÉDICO _____ TELÉFONO _____

ESTATURA _____ PESO _____ ESTADO DE SALUD ACTUAL _____

ANTECEDENES QUIRÚRGICOS: ¿RODILLAS, CADERAS, HOMBROS, COLUMNA VERTEBRAL U OTRAS ARTICULACIONES?

¿HISTERECTOMÍA? Sí No ¿PROSTATECTOMÍA? Sí No

¿HISTORIA DE FUMAR? Sí. ¿Cuántos años? _____ No

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD O TRATAMIENTO: HEPATITIS A, B o C, VIH/SIDA, TUBERCULOSIS, OTRAS (STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA [SARM], CREUTZFELDT-JAKOB)?

INFORMACIÓN MÉDICA ADICIONAL, INCLUIDAS ENFERMEDADES, OPERACIONES, ACCIDENTES:

¿CÓMO SE ENTERÓ ACERCA DEL PROGRAMA?

Un amigo

Sitio web del programa

Facebook/Instagram/YouTube

Periódico

Publicación/presentación de la UC

Consultorio médico/hospital

Directiva anticipada

Otro: _____

AFILIACIÓN RELIGIOSA (opcional): _____

ACUERDO DE DONACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA

1. INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE DONACIÓN ANATÓMICA DE LA UC

El Programa de Donación Anatómica de la Universidad de California (UC) (también conocido como programa de donantes de cuerpo, donación de cuerpo, disposición de cuerpo o materiales anatómicos, pero denominado “Programa” en este documento) acepta las donaciones de cuerpos humanos para el uso por parte de diversas instituciones y personas para fines educativos y de investigación. Los objetivos del programa son los siguientes:

1. Ayudar en la formación de médicos, otros profesionales de atención médica, anatomistas, científicos forenses y técnicos forenses actuales y futuros.
2. Contribuir a la investigación científica que ayudará en el desarrollo de procedimientos y/o productos con el objetivo de mejorar la condición humana en los contextos biomédicos y científicos.

En función de las políticas y los procedimientos actuales y futuros del Programa, el Programa determinará exclusivamente la manera en que se utilizarán el cuerpo donado y los datos, incluidas las imágenes, derivados de la donación. El Programa puede ayudar a otros en el desarrollo de productos comercializados de manera limitada; por ejemplo, mediante el uso de imágenes no identificadoras en libros de texto u otras instancias en las que el beneficio principal del uso sea para educación e investigación. La Sección 3 de este acuerdo de donación ofrece información adicional sobre el uso de los cuerpos donados a la UC.

Cuando se haya completado este acuerdo y el Programa haya confirmado su registro, el donante recibirá una tarjeta de donante que contiene la información necesaria para comunicarse con el Programa al momento de la muerte.

Las donaciones serán confidenciales. Una vez que se hayan aceptado los restos del donante en el Programa, se enviará un acuse de recibo solamente a la persona o las personas designadas por el donante en esta solicitud. El término “donante” usado en este acuerdo se refiere a la persona cuyo cuerpo o cuya parte del cuerpo están sujetos a donación anatómica.

Debido a la naturaleza y variabilidad de usos para investigación científica y educación, **NO se devolverán los restos cremados** ni ningún derivado del proceso de cremación. Al firmar este acuerdo, usted, como donante o representante legal del donante, acepta que no se devolverán los restos y específicamente renuncia a las disposiciones de la Sección 7151.40(b) del Código de Salud y Seguridad de California, que prevén la devolución de los restos cremados a determinadas personas. El Programa no ofrecerá excepciones a esta política y recomienda a los posibles donantes considerar el impacto de esta política en sus familias o comunidades.

Iniciales _____

2. INSTRUCCIONES PARA SOBREVIVIENTES (PARTE RESPONSABLE)

1. Al momento de la muerte de un donante, notifique de inmediato al Programa, ya que una demora podría hacer que los restos se vuelvan inutilizables para el Programa. Asegúrese de que el cuerpo no sea embalsamado ni que de otro modo se lo someta a una preparación indebida.
2. Si bien se hará todo lo posible para aceptar el cuerpo de un donante, el Programa puede rechazar una donación al momento de la muerte según su exclusivo criterio. Aunque esta situación es poco común, considere medidas alternativas para la disposición del cuerpo en caso de que se lo considere no apto para la donación.
3. La Universidad de California acepta donaciones en todo el estado de California y, en circunstancias especiales, estados vecinos. Una vez notificada la muerte de un donante, los donantes son generalmente recibidos por el centro del programa que está geográficamente más cerca. No obstante, la universidad tendrá la opción de:
 - a. Hacer los arreglos necesarios para que algún centro del Programa de Donación Anatómica de la Universidad de California acepte el cuerpo;
 - b. Negarse a aceptar la donación del cuerpo.
4. El Programa presentará un certificado de defunción en el condado donde se produce la muerte, de conformidad con el Registro Civil. La parte responsable del donante debe obtener las copias necesarias del certificado de defunción. El Programa proporcionará la información de contacto del Registro Civil Local.
5. También pueden aceptarse donaciones de terceros (por ejemplo, donaciones realizadas por un apoderado designado en un poder notarial duradero para atención médica o por la persona que tiene el control sobre la disposición del cuerpo del difunto). Las personas que realizan donaciones de terceros deben firmar la documentación obligatoria que se encuentra en este acuerdo, especificando que cumplen con los criterios establecidos.
6. Al momento de la muerte de un donante, el Programa enviará una carta de acuse de recibo a un familiar o amigo (la persona o las personas que usted haya designado en los campos a continuación) o puede comunicarse con esa persona para verificar la información para el certificado de defunción o por otros motivos. Usted puede negarse a designar un destinatario o puede designar a más de una persona. Si usted firma en nombre del donante, se designa a usted mismo.

Nombre(s) _____ Relación _____

Dirección _____

Ciudad/estado/código postal _____

Número de teléfono/correo electrónico _____

O

Elijo no designar a un destinatario: _____

Iniciales _____

3. USO DE LOS CUERPOS DONADOS

Las donaciones de cuerpo completo pueden usarse de la siguiente manera:

1. El Programa determinará la idoneidad médica de un cuerpo donado a través de un proceso que puede incluir la revisión de registros médicos, un cuestionario sobre antecedentes médicos o sociales, y/o análisis serológicos. Los análisis pueden incluir la obtención de una muestra de sangre para la detección de hepatitis B, hepatitis C, VIH u otras enfermedades contagiosas que podrían hacer que el cuerpo se considere no apto para la donación de el punto de vista médico. Los resultados de los análisis no se divulgarán al sobreviviente designado/a la parte responsable del donante, pero se informarán al Departamento de Servicios de Salud de California si así lo exige la ley.
2. El Programa puede preservar químicamente un cuerpo donado, o puede usarlo sin embalsamar como material anatómico.
3. Un cuerpo donado se puede diseccionar, examinar, estudiar y preservar durante un periodo considerable, lo que incluye la posibilidad de una conservación permanente, y puede usarse para más de un fin. Es posible que se quiten y se separen del cuerpo algunas partes, como las extremidades y los órganos. Los tejidos y fluidos corporales pueden analizarse y destruirse.
4. Un cuerpo y/o una parte de un cuerpo donado pueden proporcionarse a educadores, estudiantes, investigadores, u otros en los campus de la Universidad de California, así como a otras instituciones educativas, investigadores, entidades sin fines de lucro y entidades empresariales, tales como las que desarrollan instrumentos quirúrgicos o productos para atención médica. Cuando se realiza una donación, los donantes, los sobrevivientes y/o las partes responsables **no pueden** designar los usos para los cuales se destinará el cuerpo, ni las personas o entidades que usaran el cuerpo. La Universidad de California revisa las solicitudes de uso y las aprueba caso por caso de acuerdo con su justificación científica y educativa.
5. El Programa puede respaldar el desarrollo de productos comercializados de manera limitada cuando el beneficio principal del uso sea para educación e investigación (por ejemplo, en libros de texto o software educativo).
6. Los datos del donante, incluidos sus datos médicos e imágenes, obtenidos durante el registro, la donación o el uso pueden usarse para fines educativos y de investigación. Se quitará de los datos la información que permita identificarlos, y se almacenarán o compartirán los datos de manera segura.
7. El Programa tendrá derecho a cobrarle al investigador o educador autorizado (el usuario final) todos los costos de adquisición, preservación, almacenamiento, transporte, disposición y costos relacionados (tanto fijos como variables).
8. Si se determina que, por algún motivo, un cuerpo no puede ser usado por el Programa, ni por los educadores o investigadores autorizados a usar material anatómico donado al Programa, se lo cremará o se someterá a disposición final de conformidad con la ley de California existente. Los efectos personales recibidos con un cuerpo, incluidos anteojos, dentaduras postizas o marcapasos pueden donarse, restaurarse o reciclarse. Otros elementos, como las prendas de vestir o la ropa de cama se desecharán.

Iniciales _____

4. DISPOSICIÓN DE LOS CUERPOS DONADOS

Lo siguiente se aplica a la disposición final de los cuerpos de donantes por parte del Programa. Al firmar este acuerdo, un donante o su parte responsable autoriza al Programa y a sus representantes a disponer del donante mediante cremación y otra manera legal que pueda aprobarse al momento de la muerte.

1. Debido a que es posible que se quiten partes del cuerpo durante su uso, estas partes pueden desecharse en diferentes momentos y lugares. Una vez que se finalice el uso del cuerpo o de cualquier parte del cuerpo, el material se puede cremar o de otra manera desechar por cualquier medio permitido por la ley estatal vigente en el momento de la disposición.
2. Bajo determinadas circunstancias, las partes del cuerpo, los tejidos y los fluidos pueden someterse a disposición con material de otros donantes, de conformidad con la ley de California.
3. No se notificará a los sobrevivientes/las partes responsables el momento, el lugar, ni la manera de disposición de un cuerpo o de una parte del cuerpo, ni la disposición final de los restos. La cremación de algunas partes del cuerpo podría no derivar en la generación de restos para disposición debido a la composición de tales partes del cuerpo.
4. El donante o la persona legalmente responsable que firma en nombre del donante expresamente renuncia a las disposiciones de la Sección 7151.40(b) del Código de Salud y Seguridad de California, que prevén la devolución de los restos cremados. Debido a la naturaleza y variabilidad de usos para investigación científica y educación, **NO** se devolverán los restos cremados ni ningún derivado del proceso de cremación.

Iniciales _____

5. INFORMACIÓN SOBRE CÓMO REVOCAR UNA DONACIÓN

Las donaciones pueden revocarse de conformidad con el Código de Salud y Seguridad de California. El proceso para revocar una donación es diferente para una persona que dona su propio cuerpo (donación del propio cuerpo) y para una donación realizada por otro (persona autorizada). Lea a continuación y escriba sus iniciales para confirmar que comprende cómo revocar una donación.

1. Donación del propio cuerpo

El donante puede revocar una donación anatómica en cualquier momento antes de la muerte. *Después de la muerte, los sobrevivientes/las partes responsables no pueden revocar esta donación y no pueden cambiar los términos ni las condiciones de la donación.* Al firmar este acuerdo, el donante pretende que la Universidad de California tenga el exclusivo derecho de controlar el uso y la disposición de su cuerpo en el momento de la muerte.

2. Donación realizada por otra persona autorizada

Una persona autorizada, distinta del difunto, que tiene el derecho legal de realizar una donación conforme a la Sección 7150.40 del Código de Salud y Seguridad de California, puede revocar una donación anatómica solamente si, antes de que se haga una incisión o se inicie un procedimiento invasivo para preparar al donante, se informa al Programa sobre la revocación.

Iniciales _____

Complete la Sección 6 si firma en su propio nombre. Si firma en nombre del donante, vaya a la Sección 7. Tenga en cuenta que solamente el donante o un apoderado con un poder notarial duradero para atención medica puede firmar **antes** de la muerte del donante.

6. COMPLETE ESTA SECCIÓN SI FIRMA EN SU PROPIO NOMBRE

Yo, _____, por el presente, dono mi cuerpo en el momento de mi muerte a la Universidad de California de conformidad con los términos y las condiciones establecidos en este documento. Tengo, como mínimo, 18 años de edad. Tomo estos términos y condiciones descriptivos y declarativos como propios y los constituyo en las instrucciones para la disposición de mi cuerpo en el momento de mi muerte. He leído y considerado toda la información incluida en este acuerdo de donación. He colocado mis iniciales en cada sección del acuerdo para indicar que comprendo la información y deseo donar mi cuerpo de conformidad con este acuerdo.

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Dirección

Ciudad/estado/código postal

Teléfono/correo electrónico

Se exige la presencia de dos testigos o la certificación de un notario público

Este acuerdo debe estar firmado por dos testigos, de los cuales al menos uno debe ser un “testigo desinteresado,” Q puede estar certificado por un notario público en lugar de los testigos **si usted firma este acuerdo de donación en su propio nombre.**

1. TESTIGOS

El término “testigo desinteresado” se refiere a un testigo que no sea cónyuge, hijo, padre, hermano, nieto, abuelo ni tutor legal del donante, ni otro adulto que haya mostrado una atención o una preocupación especial por el individuo.

Nosotros, los abajo firmantes, hemos presenciado la firma de este documento por parte del donante.

Firma del testigo

Firma del testigo desinteresado

Nombre en letra imprenta

Nombre en letra imprenta

Dirección

Dirección

Ciudad/estado/código postal

Ciudad/estado/código postal

2. CERTIFICACIÓN

CERTIFICACIÓN DE ACTA NOTARIAL

Estado de California

Condado de _____

El día _____, ante mí, _____

(insertar nombre y cargo del funcionario)

comparece(n) _____,

quien(es), en función de evidencia satisfactoria, demuestra(n) ser la(s) persona(s) cuyo(s) nombre(s) consta(n) en las firmas de este instrumento y quien(es) reconocen ante mí que firmó/firmaron el instrumento en su calidad de autorizado(s) y que, mediante su(s) firma(s) en el instrumento, la(s) persona(s) o la entidad en nombre de la cual actuó/actuaron ejecutó/ejecutaron el instrumento.

Certifico, bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California, que el párrafo anterior es verdadero y correcto.

EN FE DE LO CUAL, firmo y estampo mi sello oficial.

Firma _____

(Firma del funcionario notarial)

(Sello)

8. DECLARACIÓN JURADA PARA RESPALDAR EL RECLAMO DE CONTROL DE LA DISPOSICION DE LOS RESTOS DEL CUERPO (de conformidad con la sección 7100 del Código de Salud y Seguridad). COMPLETE ESTA SECCIÓN SI ES LA PERSONA QUE TIENE EL CONTROL DE LA DISPOSICION DEL CUERPO DEL DIFUNO.

Nombre del difunto _____

Nombre del solicitante _____

Dirección del solicitante _____

Número de teléfono _____

Relación con el difunto _____

Reclamo el derecho a controlar la disposición de los restos del cuerpo del difunto por lo siguiente: (marque todas las opciones que correspondan)

- El difunto me nombró para que controle la disposición de su cuerpo en un testamento o en otro documento (adjuntar una copia del documento).
- Soy (encerrar en un círculo una opción) *hijo, padre, abuelo u otro pariente cercano* del difunto. (Si es hijo del difunto, debe tener la aprobación de la mayoría de los hijos del difunto para gestionar la disposición del cuerpo. Al firmar a continuación, usted manifiesta que tiene la aprobación de la mayoría de los hijos del difunto, o que ha hecho lo razonablemente posible para notificar a todos los demás de hijos del difunto que usted gestiona la disposición del cuerpo del difunto).

No conozco ninguna persona que se oponga a que yo gestione la disposición del cuerpo del difunto.

No conozco ninguna instrucción verbal o escrita del difunto, ni ningún contrato de servicios funerarios del difunto, que le otorguen el control de la disposición de los restos de difunto a otra persona.

Tengo conocimiento y he recibido una copia de la Sección 7100 del Código de Salud y Seguridad, y acepto cumplir con las disposiciones de este.

Declaro, bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California, que el párrafo anterior es verdadero y correcto.

Firma _____ Fecha _____

CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD
SECCIÓN 7100

7100. (a) El derecho a controlar la disposición de los restos de una persona fallecida, el lugar y las condiciones de entierro; las gestiones de los bienes y servicios funerarios que se proporcionarán, a menos que el difunto haya dado otras indicaciones conforme a la Sección 7100.1; y el deber de la disposición y la responsabilidad por el costo razonable de la disposición de los restos corresponden a los siguientes en el orden indicado abajo:

(1) Un apoderado en virtud de un poder notarial para atención medica que tiene el derecho y el deber de disponer el cuerpo conforme a la División 4.7 (a partir de la Sección 4600) del Código de Sucesiones, salvo que el apoderado esté sujeto a los costos de la disposición solamente en alguno de los siguientes casos:

(A) Cuando el apoderado hace un arreglo específico para pagar los costos de la disposición.

(B) Cuando, en ausencia de un arreglo específico, el apoderado toma decisiones con respecto a la disposición que generan costos, en cuyo caso el apoderado está sujeto solamente a los costos razonables generados como resultado de sus decisiones, en la medida en que la herencia del donante u otros fondos adecuados sean insuficientes.

(2) El cónyuge sobreviviente competente.

(3) El único hijo sobreviviente adulto competente del difunto o, si hay más de un hijo adulto competente, la mayoría de los hijos adultos sobrevivientes competentes. Sin embargo, a menos de la mayoría de los hijos adultos sobrevivientes competentes les corresponderán los derechos y deberes de esa sección si han hecho lo razonablemente necesario para notificar a todos los demás hijos adultos sobrevivientes competentes sobre sus instrucciones y no conocen ninguna oposición a tales instrucciones por parte de la mayoría de los hijos adultos sobrevivientes competentes.

(4) El/los padre(s) sobreviviente(s) competente(s) del difunto. Si uno de los padres sobrevivientes competentes está ausente, le corresponderán al otro padre competente los derechos y deberes de esta sección después de que se haya hecho lo razonablemente necesario para ubicar al padre sobreviviente competente ausente.

(5) El único hermano adulto sobreviviente competente del difunto o, si hay más de un hermano adulto sobreviviente competente del difunto, la mayoría de los hermanos adultos sobrevivientes competentes. Sin embargo, a menos de la mayoría de los hermanos adultos sobrevivientes competentes les corresponderán los derechos y deberes de esta sección si han hecho lo razonablemente necesario para notificar a todos los demás hermanos adultos sobrevivientes competentes sobre sus instrucciones y no conocen ninguna oposición a tales instrucciones por parte de la mayoría de los hermanos adultos sobrevivientes competentes.

(6) La/las persona(s) adulta(s) sobreviviente(s) competente(s) en los grados de parentesco próximos o, si hay más de una persona adulta sobreviviente competente del mismo grado de parentesco, la mayoría de estas personas. A menos de la mayoría de las personas adultas sobrevivientes competentes con el mismo grado de parentesco les corresponderán los derechos y deberes de esta sección si han hecho lo razonablemente necesario para notificar a todas las demás personas adultas sobrevivientes competentes con el mismo grado de parentesco sobre sus instrucciones y no conocen ninguna oposición a tales instrucciones por parte de la mayoría de las personas adultas sobrevivientes competentes con el mismo grado de parentesco.

(7) El testamentario público cuando el difunto tenga activos suficientes.

(b) (1) Si una persona a la que le correspondía el derecho al control conforme a la subdivisión (a) ha sido imputada con el cargo de asesinato en primer o segundo grado u homicidio culposo en conexión con la muerte del difunto y esos cargos son de conocimiento del director de la funeraria o de la autoridad del cementerio, aquella renuncia al derecho al control y lo sede al siguiente familiar más cercano de acuerdo con la subdivisión (a).

(2) Si se retiran los cargos contra esa persona, o se la absuelve de los cargos, esa persona

recupera el derecho al control del cuerpo.

(3) Sin perjuicio de esta subdivisión, ninguna persona a la que se le han imputado los cargos de asesinato en primer o segundo grado u homicidio culposo en conexión con la muerte del difunto que no haya recuperado el derecho al control en virtud del párrafo (2) tendrá derecho a controlar la disposición conforme a la subdivisión (a), lo cual se aplicará, en la medida en que el director de la funeraria o la autoridad del cementerio sepan acerca de los cargos, como si esa persona no existiera.

(c) El director de una funeraria o la autoridad de un cementerio estarán plenamente facultados para controlar la disposición de los restos y para proceder, en virtud de este capítulo, a cobrar los cargos habituales acostumbrados para la disposición, cuando correspondan las siguientes dos situaciones:

(1) Se aplique cualquiera de las siguientes:

(A) El director de una funeraria o la autoridad de un cementerio saben que no existe ninguna de las personas descritas en los párrafos (1) a (6), incluida la subdivisión (a).

(B) No es posible encontrar después de una investigación razonable, ni contactar por medios razonables, a ninguna de las personas descritas en los párrafos (1) a (6), incluida la subdivisión (a).

(2) El testamento público no asume la responsabilidad de la disposición de los restos en un plazo de siete días después de haber sido notificado por escrito de los hechos. La notificación por escrito se puede entregar en mano o enviar mediante el correo de los EE. UU., una transmisión de fax o un telegrama.

(d) La responsabilidad por el costo razonable de la disposición final recae conjunta y solidariamente sobre toda la descendencia del difunto en el mismo grado de parentesco y sobre la herencia del difunto. Sin embargo, si una persona acepta la donación de un cuerpo entero en virtud de la subdivisión (a) de la Sección 7155.5, esa persona, sujeta a los términos de la donación, será responsable del costo razonable de la disposición final del difunto.

(e) Esta sección se administrará e interpretará con el fin de que las instrucciones expresas del difunto o de la persona facultada para controlar la disposición se lleven a cabo de manera fiel y oportuna.

(f) El director de la funeraria o autoridad del cementerio no será responsable ante ninguna persona por llevar a cabo las instrucciones del difunto o de la persona facultada para controlar la disposición.

(g) A los fines de esta sección, el término "adulto" se refiere a una persona que ha alcanzado los 18 años de edad, "hijo" significa hijo natural o adoptivo del difunto, y "competente" hace referencia a una persona que no ha sido declarada incompetente por un tribunal de justicia o que ha sido declarada competente por un tribunal de justicia después de una declaración de incompetencia.

Notificación de la Ley de Privacidad

ESTADO

La Ley de Prácticas de Información de California de 1977 requiere que la Universidad proporcione información a la persona a quien pertenece la información.

Es obligatorio suministrar la información solicitada en la hoja de Estadísticas Vitales. El hecho de no proporcionar dicha información retrasará o incluso impedirá la finalización de la acción para la cual se está completando el formulario. La información proporcionada en este formulario se transmitirá a los gobiernos estatal y federal si así lo exige la ley.

Código Civil Sección 1798.9 et seq. requiere que cada agencia estatal notifique a las personas que completen este formulario (VS-11 Certificado de defunción y VS 9 Solicitud y permiso para disposición de restos humanos). La información está siendo solicitada por: Department of Health Services, Office of Vital Records, 304 S Street, P.O. Box 730241, Sacramento, CA 94244-0241. La información solicitada en este certificado está autorizada según lo exigen las Divisiones 7 y 102 del Código de Salud y Seguridad, y las disposiciones relacionadas con el Código Civil, el Código de Procedimiento Civil y el Código de Gobierno.

El objetivo principal de este registro es:

1. Establecer un registro permanente que se reconozca legalmente como evidencia prima facie de los hechos allí declarados para cada muerte que ocurra en el Estado de California.
2. Proporcionar información, a las autoridades sanitarias y demás personas habilitadas con una educación válida o interés científico, para estudios demográficos y epidemiológicos con fines sanitarios y sociales.
3. Proporcionar información al Centro Nacional de Estadísticas de Salud para la compilación de informes estadísticos nacionales ya las agencias estatales y federales para fines de limpieza de archivos.
4. Proporcionar a las personas copias certificadas de los registros para atender sus necesidades personales, como solicitar beneficios de seguridad social o por fallecimiento.

Las personas tienen derecho a revisar sus propios registros de acuerdo con la Ley de Prácticas de Información y la política de la Universidad. El registro estará abierto para su examen durante el horario de oficina habitual, excepto cuando el acceso esté específicamente prohibido por ley o reglamento.

Las secciones 7054.6, 7117 y 10376 del Código de Salud y Seguridad del Estado de California y las disposiciones relacionadas del Código Civil, el Código de Procedimiento Civil y el Código de Gobierno autorizan el mantenimiento de esta información. El director responsable de mantener la información contenida en este formulario es el Director del Programa de Donación de Cuerpos, Facultad de Medicina de la Universidad de California en San Diego, 9500 Gilman Drive, MC 0627, La Jolla, CA 92093.

FEDERAL

De conformidad con la Ley Federal de Privacidad de 1974, se le notifica que la divulgación de su número de seguro social es obligatoria. Se requiere la divulgación del número de seguro social de conformidad con las regulaciones del Registro Estatal de Estadísticas Vitales. El número de seguro social se utiliza para verificar su identidad.

Las leyes HIPAA (Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico) y cómo se relacionan con el informe de registros de eventos vitales.

La información necesaria para completar el Certificado de nacimiento y el Certificado de defunción es requerida por la ley del Estado de California (Secciones 102425 y 102875 del Código de Salud y Seguridad, respectivamente). La Regla de Privacidad permite que las entidades cubiertas divulguen PHI (Información de Salud Protegida), sin autorización, a las autoridades de salud pública u otras entidades que estén legalmente autorizadas para recibir dichos informes con el fin de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades. Esto incluye el informe de enfermedades o lesiones y el informe de registros de eventos vitales, como nacimientos y muertes (Referencia 45 Código de Regulaciones Federales (CFR) Sección 164.512).

Privacy Act Notification

STATE

The California Information Practices Act of 1977 requires the University to provide information to the individual to whom the information pertains.

Furnishing information requested in the Vital Statistic sheet is mandatory. Failure to provide such information will delay or may even prevent completion of the action for which the form is being filled out. Information furnished on this form will be transmitted to the state and federal governments if required by law.

Civil Code Section 1798.9 et seq. requires each state agency to provide notice to individuals completing this form (VS-11 Certificate of Death and VS 9 Application and Permit for Disposition of Human Remains). The information is being requested by: Department of Health Services, Office of Vital Records, 304 S Street, P.O. Box 730241, Sacramento, CA 94244-0241. The information requested on this certificate is authorized as required by Divisions 7 and 102 of the Health and Safety Code, and related provisions with the Civil Code, Code of Civil Procedure, and Government Code.

The principal purpose for this record is:

1. To establish a permanent record that is legally recognized as prima facie evidence of the facts stated therein for each death occurring in the State of California.
2. To provide information, to health authorities and other qualified persons with a valid education or scientific interest, for demographic and epidemiological studies for health and social purposes.
3. To provide information to the National Center for Health Statistics for compiling national statistical reports, and to state and federal agencies for file clearance purposes.
4. To provide individuals with certified copies from the records to serve their personal needs, such as applying for social security or death benefits.

Individuals have the right to review their own records in accordance with the Information Practices Act and University policy. The record shall be open for examination during regularly scheduled office hours, except when access is specifically prohibited by statute or regulations.

The State of California Health and Safety Code Section 7054.6, 7117 and 10376, and related provisions in the Civil Code, Code of Civil Procedure, and Government Code, authorize maintenance of this information. The director responsible for maintaining the information contained on this form is the Body Donation Program Director, University of California San Diego, School of Medicine, 9500 Gilman Drive, MC 0627, La Jolla, CA 92093.

FEDERAL

Pursuant to the Federal Privacy Act of 1974, you are hereby notified that disclosure of your social security number is mandatory. Disclosure of the social security number is required pursuant to the regulations of the State Registrar of Vital Statistics. The social security number is used to verify your identity.

HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act) laws and how they relate to the reporting of vital event records.

The information necessary to complete the Certificate of Birth and Certificate of Death is required by California State law (Health & Safety Code Sections 102425 and 102875 respectively). The Privacy Rule permits covered entities to disclose PHI (Protected Health Information), without authorization, to public health authorities or other entities that are legally authorized to receive such reports for the purpose of preventing or controlling disease, injury, or disability. This includes the reporting of disease or injury and reporting of vital event records, such as births and deaths (Reference 45 Code of Federal Regulations (CFR) Section 164.512).