



Favor de llenar con letra de molde legible o a máquina

Fecha: Día Mes Año Folio: _____

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Fecha de nacimiento						
_____	_____	_____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Día</td> <td style="width: 33%;">Mes</td> <td style="width: 33%;">Año</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	_____	_____	_____
Día	Mes	Año							
_____	_____	_____							
Calle y número			Colonia o localidad						
_____	_____	_____	_____						
Delegación política o municipio	Entidad federativa	Código postal	Teléfono(s)						
_____	_____	_____	_____						
Ciudad	Ocupación	Edad	Sexo						
_____	_____	_____	_____						
Estado civil	Escolaridad		Religión						
_____	_____		_____						

Yo _____
en pleno uso de mis facultades mentales, **NO** autorizo la disposición de mis órganos y/o tejidos para ser utilizados con fines de trasplantes.

Nombre y firma