



**CERTIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE LA VIDA PARA LA DISPOSICIÓN  
DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS CON FINES DE TRASPLANTES.**

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo al reverso.  
Llénesse con letra de molde legible o a máquina.

Doctor (a): \_\_\_\_\_

Médico Cirujano con Cédula Profesional Número \_\_\_\_\_

Manifiesta que de acuerdo a los artículos 343 y 344 de la Ley General de Salud,

El / la C. \_\_\_\_\_

quien se encuentra en la cama/cuarto/num. \_\_\_\_\_ del servicio de \_\_\_\_\_

del hospital \_\_\_\_\_

ubicado en \_\_\_\_\_

ha perdido la vida.

De acuerdo al artículo 343 fracción I de la Ley General de Salud, la pérdida de la vida ocurre cuando se presenta la muerte cerebral.

En el artículo 344 de la misma Ley se establece que la muerte cerebral se presenta cuando existen los siguientes signos:

- I. Pérdida permanente e irreversible de conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales,
- II. Ausencia de automatismo respiratorio,
- III. Evidencia de daño irreversible del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos

Así mismo, se ha descartado que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas y la muerte cerebral se ha comprobado a través de las siguiente (s) prueba (s):

Con base en lo anterior, el que suscribe CERTIFICA LA PÉRDIDA DE LA VIDA de,

El / la C. \_\_\_\_\_

ocurrida en la ciudad de \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas del día \_\_\_\_\_

del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ .

DR. \_\_\_\_\_

Nombre y Firma

El presente documento se encuentra debidamente elaborado con fundamento a los artículos 343 fracción I, y 344 de la Ley General de Salud. Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, sírvase llamar al Sistema de Atención Telefónica a la Ciudadanía (SACTEL) a los teléfonos 54-80-20-00 en el D.F. y área metropolitana, del interior de la República sin costo para el usuario al 01-800-00-14800, o al 1-888-594-3372 desde Estados Unidos y Canadá o al Centro Nacional de Trasplantes en el Distrito Federal al 56-31-14-99 o desde el interior de la República al 01-800201-78-61 y 62.

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**  
**CERTIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE LA VIDA PARA LA DISPOSICIÓN**  
**DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS CON FINES DE TRASPLANTES.**

**1.- DATOS DEL MÉDICO TRATANTE.**

- Anotar el nombre del médico, distinto a los que intervienen en el trasplante o en la obtención de los órganos con cédula profesional legalmente autorizado para ejercer.
- Anotar el número de cédula profesional.

**2.- DATOS DEL PACIENTE.**

- Anotar el nombre del paciente.
- Anotar el número de cama o cuarto.
- Anotar el servicio del hospital en que se encuentra.

**3.- DATOS DEL ESTABLECIMIENTO.**

- Anotar el nombre del hospital.
- Anotar el domicilio del hospital.

**4.- COMPROBACIÓN DE LA MUERTE CEREBRAL**

- Anotar que tipo de pruebas se realizaron para determinar la muerte cerebral, las cuales pueden ser:  
1) Angiografía cerebral bilateral que demuestre ausencia de circulación cerebral o bien  
2) Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica cerebral

**5.- CERTIFICACIÓN DE LA MUERTE.**

- Anotar nombre completo de quien certifica la pérdida de la vida.
- Anotar lugar, hora y fecha.

**6.- NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO .**

- Anotar el nombre y la firma del médico que certifica la pérdida de la vida.

**ESTE FORMATO ES DE LIBRE REPRODUCCIÓN. EN HOJA TAMAÑO CARTA.**  
**LOS DOCUMENTOS NO DEBERÁN PRESENTAR ALTERACIONES, RASPADURAS O ENMENDADURAS.**  
**EL DOCUMENTO SE PRESENTA POR DUPLICADO PARA EL ACUSE CORRESPONDIENTE.**