



Texas Organ Sharing Alliance

Recipient: Consent and Release of Information

I, _____ (Recipient) agree to allow the Texas Organ Sharing Alliance (TOSA) to facilitate contact with the Donor Family by allowing me to provide my personal information and/or meeting arranged with my Donor Family. I understand that there may be risks associated with giving this information. Understanding these risks, I wish to have TOSA forward my name, address, e-mail and telephone number to the Donor Family so that I may share my feelings about the "gift of life" with those who were involved.

In consideration of TOSA facilitating this contact, I hereby release TOSA, it's officers, directors, agents, employees, volunteers, representatives, and consultants, from any and all claims I may at anytime have against them, or which any member of my family may have, that result or arise out of these communications with the Donor Family, or from any future communications, meetings, or other contacts with the Donor Family that may occur thereafter. I hereby agree not to sue or commence any legal action against TOSA and to indemnify and hold TOSA harmless from and against such claims, liabilities, demands, and expenses that arise out of, in connection with, or as a consequence of any such contacts or communications.

I further agree and state that I have carefully considered and understand the terms and provisions of this Consent and Release Form and sign it freely. I am at least eighteen (18) years of age and have the legal capacity to sign it on my behalf.

Recipient Name: _____

Date of Transplant: _____ **Organ Received:** _____

Transplant Hospital: _____

Signature: _____ **Date:** _____

Address: _____

City/State/Zip: _____

Telephone (Home): _____ **Telephone (Work):** _____

E-Mail Address: _____

Signature Witness: _____ **Relation to Recipient:** _____

I understand that TOSA implements many different campaigns to increase public awareness of organ donation. I also understand that TOSA contacts media outlets to set up interviews and/or publicize Donor Family and Recipient meetings. *Although it is not a guarantee that my meeting with my Donor Family will be publicized.*

___ I **authorize** for TOSA to contact me in an effort to promote organ and/or tissue donation.

___ I **do not authorize** for TOSA to contact me in an effort to promote organ and/or tissue donation.



Texas Organ Sharing Alliance

Consentimiento para Compartir Información Personal del Receptor

Yo, _____ (Receptor) estoy de acuerdo en permitir a la organización Texas Organ Sharing Alliance en facilitar el contacto con mi Familia Donante permitiendo que provea de mi información personal y/o tener una reunión con mi Familia Donante. Entiendo que puede haber riesgos asociados al dar esta información. Entendiendo estos riesgos, yo deseo que TOSA envíe mi nombre, dirección, correo electrónico y número de teléfono a mi Familia Donante de modo que pueda compartir mi experiencia sobre el "Regalo de la Vida" con quienes están implicados.

En consideración a TOSA que facilita este contacto, yo libero por este medio a TOSA, directivos, agentes, empleados, voluntarios, representantes y consultores, de cualquiera y de todas las demandas que yo pudiera tener en contra de ellos, o que algún miembro de la familia donante pudiera tener como resultado de la comunicación con la familia donante o de futuras comunicaciones, reuniones u otros contactos con la familia donante que pudieran ocurrir en el futuro.

Por este medio estoy de acuerdo de no establecer una demanda legal en contra de TOSA o solicitar una indemnización que surgan por reclamos, demandas, gastos que se generaran como consecuencia de algunos de los contactos o comunicaciones.

Convengo e indico que he considerado cuidadosamente y entiendo los términos y las provisiones de este Consentimiento para compartir Información personal y la firmo libremente. Soy por lo menos dieciocho (18) años de edad y tengo la capacidad legal de firmarla en mi favor.

Nombre del Receptor: _____

Fecha del Transplante: _____ Órgano Recibido: _____

Hospital donde se realizó el transplante _____

Firma: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Correo electrónico: _____

Firma del Testigo: _____ Relación con el Receptor: _____

Entiendo que TOSA tiene diferentes campañas para aumentar la conciencia pública de la donación de órganos. También entiendo que TOSA contacta representantes del radio y la televisión para que realicen entrevistas y/o publique reuniones entre la Familia Donante y los Receptores. Aunque no es una garantía que la reunión con mi Familia Donante sea publicada.

____ Yo **autorizo** para que TOSA me ponga en contacto con un esfuerzo de promover la donación de órganos y/o tejidos.

____ Yo **no autorizo** para que TOSA me ponga en contacto con un esfuerzo de promover la donación de órganos y/o tejidos.