



NEW YORK STATE DONATE LIFE REGISTRY

登记表

donatelife.ny.gov | 1-866-NY DONOR

*代表必填项 - 请键入或者使用蓝色或黑色水笔以正楷填写。

个人身份信息

*名字: _____ 中间名首字母缩写: _____ *姓氏: _____

后缀: _____ (Jr., Sr., II 等) *出生日期: ____/____/____ (年/月/日)

*邮寄地址:	居住地址 (与居住地址不同时需要填写):
地址 1:	地址 1:
地址 2:	地址 2:
城市: 州: 邮编:	城市: 州: 邮编:

*电话号码: (____) _____ - _____ 电子邮箱: _____

*性别: 男 女 *身高: 英尺: _____ 英寸: _____ *眼睛颜色: _____

身份识别号码:

纽约州驾驶证号码 (9 位): _____

或

纽约州非驾驶人身份证号码 (9 位): _____

或

IDNYC 号码: _____

详细说明: 请填写第 1 部分和第 2 部分。

* 第 1 部分:

我同意捐献本人的所有器官、组织和眼睛
或

我仅同意捐献以下勾选的器官和组织:

器官

- 心脏
- 肠道
- 肾
- 肝
- 肺
- 胰腺

组织

- 血管
- 骨骼和结缔组织
- 角膜
- 眼睛
- 皮肤

* 第 2 部分:

*我同意捐献本人的器官和/或组织用作以下用途:

- 移植和研究
- 仅限移植
- 仅限研究

在下文签名即表明本人同意在 New York State Donate Life Registry 中进行登记。本人理解, 进行此项登记后, 即表明本人合法表态同意在本人去世后捐出自己的器官、组织和眼睛 (如上文所述)。

本人授权允许纽约州捐赠生命登记管理处, 受联邦监管的器官劝募组织, 纽约州特许组织库、眼库以及经过 NYS Commissioner of Health 批准的实体在本人弥留或离世之际访问上述信息。

*签名: _____ 日期: ____/____/____

填写、签署本表格并注明日期; 将表格提交至 NYS Donate Life Registry 的邮箱: registry@donatelife.ny.gov, 或者邮寄至以下地址:

New York State Donate Life Registry
Donate Life New York State
185 Jordan Road
Troy, NY 12180