





## AUTORIZACION DE EXAMEN POSTMORTEM

Médico:.....Fecha:.....

### INFORMACION:

El examen postmortem es un procedimiento que se realiza con frecuencia en los hospitales con una de estas finalidades:

- Aclarar la causa de la muerte cuando esta no se conoce.
- Cuando conociendo la causa del fallecimiento han existido circunstancias de la evolución clínica del paciente que necesitan ser aclaradas.
- Para descartar procesos infecciosos en beneficio de terceras personas que hayan estado en contacto
- En niños es extremadamente útil para descubrir malformaciones o enfermedades hereditarias a fin de establecer el consejo genético oportuno.

Como representante legal **DECLARO:**

Que he sido informado de las ventajas e inconvenientes de la autopsia y que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento. En consecuencia:

(marque con una X la opción desada)

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE REALICE LA AUTOPSIA

NO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE REALICE LA AUTOPSIA

Zaragoza a ..... de..... de 20

Nombre:.....DNI.....

Parentesco:.....Firma:.....

### MEDICO SOLICITANTE

Nombre:.....Nº Colegiado.....

Firma:.....