

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
AUTOPSIA DE MORTINATOS**

En Rancagua, a

Paciente.....RUT.....

Representante.....RUT

Declaro haber sido informada de la importancia y/o necesidad de efectuar autopsia a mi recién nacido mortinato.

Asimismo declaro haber comprendido la información proporcionada y haber tenido la oportunidad de formular mis preguntas y dudas que han sido contestadas y aclaradas a mi entera satisfacción por el Dr.

.....Por lo anteriormente expuesto:

ACEPTO SE REALICE AUTOPSIA

.....
Nombre y firma
Medico que informa

.....
Nombre y firma
Paciente o representante legal

NO ACEPTO SE REALICE AUTOPSIA

.....
Nombre y firma
Medico que informa

.....
Nombre y firma
Paciente o representante legal

En relación al destino de mi recién nacido mortinato cuyo peso es de menos de 500 grs. y según las normas legales vigentes decido:

RETIRARLO para darle sepultura.

.....
Nombre y firma
Paciente o representante legal

DEJARLO EN EL HOSPITAL CLINICO FUSAT para que se proceda a su incineración según procedimiento.

.....
Nombre y firma
Paciente o representante legal

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE Y
QUEREMOS DARLE EL MEJOR CUIDADO,
CONSULTE CON SU MÉDICO**