

CONFORMIDAD PARA AUTOPSIA ASISTENCIAL.

Ciudad y fecha:/...../20.....-

1. Por la presente autorizo/amos a.....
(Razón social del Servicio o Centro que realizará la práctica) a que se le efectúe al cuerpo

de.....un procedimiento de autopsia conocido por diversos nombres, tales como: autopsia anatomo-clínica, anátomo-patológica, académica, asistencial u hospitalaria.

2. Se me/nos ha explicado que la realización de esa autopsia es de gran utilidad clínica para poder recabar información valiosa acerca de la causa y el mecanismo de muerte, indicando las estadísticas mundiales que hay un considerable porcentaje de casos en que la autopsia cambia el diagnóstico clínico de muerte, a pesar de haber practicado en vida adecuadas técnicas diagnósticas. Se me/nos ha aclarado que la autopsia resulta de valor también cuando la etiología de la muerte no pudo ser establecida clínicamente en vida.

3. Asimismo se me/nos ha explicitado que la realización de la autopsia sirve para monitorizar posibles efectos adversos de nuevos tratamientos, es basamento para el estudio de malformaciones, enfermedades e investigación médica en general, como así también para la educación de profesionales de la salud, y fuente de información para estudios epidemiológicos.

4. Se me/nos ha informado que la autopsia será realizada en el Servicio de Anatomía Patológica del establecimiento asistencial antes referido y por profesionales pertenecientes al mismo, entrenados e idóneos para llevar a cabo dicha tarea. Asimismo se me/nos ha aclarado que la autopsia puede ser total, parcial o limitada a un grupo de órganos o a un órgano, aparato o sistema en particular, y que la decisión de elegir uno u otro método, dependerá de los hallazgos ocurridos durante la realización de dicho procedimiento.

5. Se me/nos ha aclarado que a la fecha no se ha comunicado la existencia de orden judicial de llevar a cabo la autopsia, y que la información sobre el resultado de la misma se facilitará tanto al médico solicitante como al suscripto.

6. Declaro/amos que estoy/estamos plenamente satisfecho/s con las explicaciones brindadas, las que he/hemos comprendido en su totalidad, habiendo tenido la posibilidad de hacer preguntas y las mismas han sido respondidas a mi/nuestra entera satisfacción. En consecuencia otorgo/otorgamos libremente la autorización arriba mencionada, renunciando a efectuar reclamo de cualquier naturaleza con relación a la realización de la práctica y procedimiento descrito.

7. Se me/nos ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo/podemos retractarme/nos del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé/deberemos comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

(1) Firma:.....**(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1)Vínculo con el fallecido/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el fallecido/ o representación que ejerce: