

CONSENTIMIENTO AUTOPSIA ASISTENCIAL

.....,/...../.....

1. Yo,(poner el nombre completo de la persona), autorizo a(consignar la razón social del Servicio o la razón social del Centro) a que se le efectúe al cuerpo de.....un procedimiento de autopsia que se la llama de diferentes maneras: anatomo-clínica, anátomo-patológica, académica, asistencial u hospitalaria. -----
2. Se me ha explicado que la realización de la autopsia asistencial u hospitalaria 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 alto porcentaje de casos en que la autopsia cambia el diagnóstico clínico de muerte, a pesar de haber utilizado en vida adecuada técnicas diagnósticas. -----
3. Que la realización de la autopsia también sirve para monitorizar posibles efectos adversos de nuevos tratamientos, además es una base para la investigación y educación de los profesionales de la salud y es una fuente fundamental de información para estudios epidemiológicos. Que también es útil cuando la etiología de la muerte no pudo ser establecida clínicamente en vida.
4. Se me ha informado también que la autopsia asistencial u hospitalaria será realizada en el Servicio de Anatomía Patológica de Gerenciamiento Hospitalario y por profesionales pertenecientes al mismo, entrenados e idóneas para llevar a cabo dicha tarea. Asimismo se me 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 ha explicado que la información sobre el resultado de la autopsia se facilita tanto al médico solicitante como al familiar o representante legal del fallecido.-----
6. Se me ha informado que existe otro tipo de autopsia, la médico legal, que se diferencia de la autopsia aquí autorizada, básicamente en que se realiza por orden judicial y en que se solicita concretamente para determinar la causa y el mecanismo de muerte del paciente, cuando se tratan de muertes violentas o de causa dudosa, en cuyos casos no se realiza la autopsia hospitalaria.-----
7. Declaro que estoy plenamente satisfecho con las explicaciones brindadas por el médico, las que he comprendido en su totalidad, habiendo tenido la posibilidad de hacer preguntas y las mismas han sido respondidas a mi entera satisfacción. En consecuencia otorgo con pleno discernimiento, intención y libertad la autorización arriba mencionada, renunciando a efectuar reclamo de cualquier naturaleza con relación a la realización de la práctica y procedimiento descripto.-----

Firma:

Aclaración:

Vínculo con el paciente fallecido:

Documento:

Teléfono:

Domicilio:

Firma:

Aclaración:

Vínculo con el paciente fallecido:

Documento:

Teléfono:

Domicilio:

A suscribir por el médico:

Firma y sello:.....

Aclaración:

Especialidad médica:

Documento: