



XXXXX

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO  
PARA AUTOPSIA**

IF NO PLATE, PRINT NAME, SEX AND MEDICAL RECORD NO.

**(NO SE ADMITE EL CONSENTIMIENTO TELEFÓNICO)**

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha/Hora del fallecimiento: \_\_\_\_\_

Yo, el familiar legalmente más cercano, autorizo la realización de una AUTOPSIA con la finalidad de DETERMINAR LA CAUSA DE LA MUERTE Y AMPLIAR EL CONOCIMIENTO MÉDICO. Además, autorizo el examen, la retención y la eliminación de los órganos y/o tejidos según lo considere necesario o apropiado para dichos propósitos el NEW YORK PRESBYTERIAN HOSPITAL – COLUMBIA UNIVERSITY MEDICAL CENTER en la ciudad de Nueva York.

RESTRICCIONES:  NINGUNA  EXCLUIR LA CABEZA  SÓLO LA CABEZA

OTRA: \_\_\_\_\_

OTRAS ESPECIFICACIONES: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde

Firma

Parentesco

\*\*CASO PARA MÉDICO EXAMINADOR:  SÍ  NO NÚM. DE CASO DEL MÉDICO FORENSE: \_\_\_\_\_

MÉDICO FORENSE/INVESTIGADOR: \_\_\_\_\_

\*\*RECIÉN NACIDO/MORTINATO (escriba sus iniciales donde corresponda)

VIVO AL NACER  MORTINATO FETO DE \_\_\_\_\_ SEMANAS SEXO:  MASCULINO  FEMENINO

SEPELIO PRIVADO  SEPELIO A CARGO DE LA CIUDAD  CREMACIÓN  DISPOSICIÓN POR PARTE DEL HOSPITAL

**REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL HOSPITAL:**

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA

NÚM. DE CONTACTO LOCALIZADOR  
PARA INFORMES

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: \_\_\_\_\_

**\*\*\*INSTRUCCIONES PARA CONTACTAR AL DEPARTAMENTO DE PATOLOGÍA UNA VEZ COMPLETADO EL CONSENTIMIENTO:**

Una vez concedido el consentimiento, el médico deberá contactar por localizador al 8-P-A-T-H (87284) para informar al departamento de patología al respecto. Después, el consentimiento es llevado a la Oficina de admisión o a el/la coordinador(a) de enfermería.

\*\*\*Nota: El consentimiento debe ser proporcionado por el familiar MÁS DIRECTO en el siguiente orden de prioridad: (a) cónyuge, (b) hijo(a) de 18 años o mayor, (c) padre o madre, (d) hermano o hermana (de 18 años de edad o mayor), (e) tutor, (f) persona autorizada para disponer del cuerpo.