



CARTA DE CONSENTIMIENTO DE AUTOPSIA PARA LA DISPOSICIÓN DEL CEREBRO y ÓRGANOS PARA DIAGNÓSTICO E INVESTIGACIÓN

Si usted desea manifestar su intención de que el cerebro y fragmentos de órganos (hígado, riñón, páncreas, intestino, pulmón, piel, epitelio) suyo o de un familiar sea dispuesto para el diagnóstico y la investigación médica, favor de llenar esta forma.

Nombre completo del disponente /Sra./Srita.) _____

Fecha de nacimiento _____

Lugar actual del disponente (si no está hospitalizado) _____

Nombre completo del médico tratante y del Hospital, con número telefónico. _____

Nombre completo y dirección del familiar más cercano. _____

Si el disponente sí está hospitalizado:

Nombre y dirección del Hospital, con teléfono. _____

A quién contactar en el Hospital _____

Reafirmo que es mi deseo que se disponga del cerebro y órganos de mí _____ Para el diagnóstico y la investigación médica en caso de su fallecimiento.

Testigos:

Firma. _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Domicilio: _____

Firma: _____

Nombre: _____

Fecha: _____

Domicilio: _____

