



Consentimiento Informado Para  
Realizar Necropsia A Paciente  
Mortinato, Mortineonato O Lactante

## **Consentimiento Informado Para Realizar Necropsia A Paciente Mortinato, Mortineonato O Lactante**

## Consentimiento Informado Para Realizar Necropsia A Paciente Mortinato, Mortineonato O Lactante

---

La hipótesis diagnóstica es:.....

Nombre del Neonato:.....

RUT:.....

N° Ficha Clínica:.....

**FECHA**.....**HORA**.....

Servicio:.....

Sr./ Sra.....

(Nombre y dos apellidos)

Rut.....de.....años de edad

Con domicilio en .....

Ciudad.....Comuna.....

En calidad de.....

(Representante legal o familiar responsable)

Declaro que el /la Doctor (a).....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en la situación de mi hijo(a) a realizar el siguiente procedimiento de **NECROPSIA**

**En qué consiste:**

Este procedimiento consiste en examinar el cuerpo y sus órganos internos luego del fallecimiento, no se practica en todos los pacientes fallecidos. Corresponde a la disección de un cuerpo para determinar las causas de la muerte.

La autopsia permite descubrir la existencia de enfermedades no detectadas durante la vida, confirmar un diagnóstico, establecer los efectos beneficiosos y secundarios de una medicación, determinar defectos congénitos, etc.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Y en tales condiciones.

**CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO** que se le realice el procedimiento de **NECROPSIA**

**Fecha del consentimiento:**.....

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

**REVOCACIÓN (RECHAZO PARA REALIZACIÓN DE NECROPSIA)**

**NO** presto mi consentimiento para el procedimiento propuesto, me ha quedado clara la información recibida, la he comprendido; y se me han respondido todas mis dudas y en decisión voluntaria **LA RECHAZO**. Como también conozco las consecuencias del rechazo y el derecho a retirarlo cuando lo desee, con la única obligación de informar de la decisión al médico tratante.

Nombre del Neonato Fallecido: .....

RUN: .....

Sr./ Sra.....

(Nombre y dos apellidos)

En calidad de.....

(Representante legal o familiar responsable)

**FECHA**.....**HORA**.....

Nombre del Medico Informante:.....

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....