

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR NECROPSIA A  
PACIENTE MORTINATO, MORTINEONATO O LACTANTE**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre de la Madre o Mortineonato \_\_\_\_\_

Es muy importante que usted participe en este proceso. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales.

Usted debe saber que todos los profesionales de Clínica Dávila que participarán en la intervención ponen la mayor diligencia y entrega en su atención.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**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.

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

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre Cirugía de Necropsia A Paciente Mortinato, Mortineonato o Lactante, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE REALICE LA CIRUGÍA DE NECROPSIA A PACIENTE MORTINATO, MORTINEONATO O LACTANTE,** por el Dr.(a)\_\_\_\_\_.

Obtención de Consentimiento	FECHA:	<b>HORA:</b>
Fecha de realización del Procedimiento o IQ		
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		
Nombre, R.U.T. y Firma/ Representante Legal		

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_

(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)