**DATOS DE IDENTIFICACION DE LA MADRE**

**V**

**PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRES HISTORIA CLINICA**

**INFORMACION PRODUCTO DE LA MADRE**

 **EDAD MADRE**

 **ASEGURADORA**

**SEXO DEL FETO**

**M F IND**

**EDAD GESTACIONAL**

**SEMANAS**

**SOLICITUD DE AUTOPSIA CLINICA FETAL**

**V**

**FECHA**

DIA

MES

AÑO

HORA

**DATOS DE QUIEN SOLICITA AUTOPSIA**

**MEDICO TRATANTE.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**REGISTRO MEDICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IMPREISON DIAGNOSTICA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

DIA

**DESCRIPCION MATERIAL ENVIADO:**

**PROCEDIMIENTO REALIZADO:**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA AUTOPSIA CLINICA FETAL**

Manifestamos que hemos sido informados de la necesidad de realizar el procedimiento de estudio de patología o autopsia clínica fetal a nuestro hijo (a) y/o menor, practicados por el grupo de patólogos de esta entidad, el cual puede darnos información sobre la causa última de la muerte.

DIA

MES

AÑO

HORA

**FECHA**

 MEDICO TRATANTE SOLICTA MI AU

DIA

El médico tratante solicita mi autorización y me explica que en caso de querer el feto de regreso para su cristiana sepultura, se hará cumplimiento del procedimiento con respecto al cuerpo el cual presentara al final del examen una herida o incisión central en el tórax, abdomen y en cabeza. los resultados finales de la necropsia clínica me serán entregados aproximadamente 20 -30 días después un informe oficial y el retiro del espécimen serán reclamados en el HRM según la normatividad .vigente para la disposición final del mismo de acuerdo a la normatividad ambiental aplicable. Al firmar este formulario reconozco que lo he leído o que se me ha sido leído y explicado y comprendo perfectamente su contenido. Antes de firmar este consentimiento.

FIRMA DEL PADRE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRES Y APELLIDOS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DE LA MADRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIFICACION\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PROFESIONAL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_REGISTRO MEDICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL (QUE DILIGENCIA Y EXPLCIA APACIENTE SOLICITUD DEL PROCEDIMIENTO)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **FORMATO DE COMPROMISO DE RETIRO DE ESPECIMEN**

**yo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificada con cedula de ciuddania numero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_expedida\_\_\_\_\_\_**

**Me (nos) comprometemo (s) a retirar el especimen de mi ( nuestro) feto en los dia habiles indicado posterior a la realizacion del estudio de necropsia fetal.**

**SI ACEPTAMOS**

**NO ACEPTAMOS RETIRAR EL ESPECIMEN DADO:**

**Firmado en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ a los\_\_\_\_\_\_\_\_ dias del mes de\_\_\_\_\_\_del año**

**NOMBRE DEL FAMILIAR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FIRMA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**HUELLA**

**PARA SER LLENADO EN EL LABORATORIO QUIRURGICO N°\_\_\_\_\_\_\_\_**