

Authorization for Autopsy

Patient Name: _____

Date: _____

Time: _____

1. I am one of the following persons authorized by law to direct disposition of the remains of the above-named patient.

Patient

Parent

Spouse

Brother/Sister

Registered domestic partner

Agent appointed in patient's power of attorney for health care

Child (over the age of 18)

Other: _____

2. I hereby authorize the performance of a post-mortem examination upon the above-named patient.

3. In the hope that the above-authorized examination may benefit others by protecting or preserving their lives and well-being, the undersigned also authorizes the examining physician and surgeon to remove such specimens, tissues, and/or organs, and to retain, preserve, and/or contribute the same for such diagnostic, therapeutic, or other scientific purposes as he/she shall deem proper.

4. This authorization shall be subject to the following restrictions:

5. I understand that the examining physician and other physicians are not employees or agents of the hospital. They are independent medical practitioners.

Signature: _____
(patient/legal representative)

Print name: _____
(patient/legal representative)

Signature: _____
(witness #1)

Print name: _____
(witness #1)

Signature: _____
(witness #2)

Print name: _____
(witness #2)

Autorización para Realizar una Autopsia

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Hora: _____

1. Yo soy una de las siguientes personas a quienes la ley autoriza a dar instrucciones en cuanto a la disposición de los restos del paciente cuyo nombre se indica anteriormente.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Padre o Madre |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> Hermano o hermana |
| <input type="checkbox"/> Pareja registrada en convivencia | <input type="checkbox"/> Representante nombrado en el poder del paciente para su atención médica |
| <input type="checkbox"/> Hijo/hija (mayor de 18 años de edad) | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

2. Por medio del presente autorizo que se efectúe una autopsia del paciente cuyo nombre se indica anteriormente.

3. Con la esperanza adicional de que el examen previamente autorizado pueda beneficiar a otras personas al proteger o preservar su vida y bienestar, el suscrito también autoriza al médico o cirujano examinador a extraer las muestras, tejidos y/u órganos, y a retener, preservar y/o contribuir los mismos para los fines diagnósticos, terapéuticos u otros usos científicos que consideren apropiados.

4. La presente autorización estará sujeta a las siguientes restricciones:

5. Entiendo que el médico que me examine y otros médicos no son empleados ni agentes del hospital. Son médicos facultativos independientes.

Firma: _____
(paciente o representante legal)

Nombre en letra de imprenta: _____
(paciente o representante legal)

Firma: _____
(witness #1)

Nombre en letra de imprenta: _____
(witness #1)

Firma: _____
(witness #2)

Nombre en letra de imprenta: _____
(witness #2)