

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)

NOTE: This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.
(See www.calhospital.org/taglines, for detailed information.)

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.

- Paciente
- Padre o Madre
- Cónyuge
- Hermano o hermana
- Pareja registrada en convivencia
- Representante nombrado en el poder del paciente para su atención médica
- Hijo/hija (mayor de 18 años de edad)
- 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)

NOTE: This form should include taglines as required by the Affordable Care Act.
(See www.calhospital.org/taglines, for detailed information.)