



**UNCUYO**  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE CUYO



HOSPITAL  
UNIVERSITARIO

**Formulario Constancia de  
fallecimiento y Egreso de la  
Institución.**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Apellido y Nombre del Paciente:

Sexo \_\_\_\_\_

Genero: \_\_\_\_\_

Servicio : \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_ Cama \_\_\_\_\_

Episodio N°:

Fecha de Ingreso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fecha de Defunción \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si ☐

Tiene Pedido de Autopsia

No ☐

Solicitado por DR.....  
Marcar con una cruz lo que corresponda

Si ☐

Tiene Intervención policial

No ☐

Solicitado por Dr.....  
Marcar con una cruz lo que  
corresponda

Enfermero

Responsable de Seguridad

Firma y Sello



Firma y Aclaración

**Recibe Responsable**

Firma

Aclaración

DNI:

 <b>UNCUYO</b> UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO		 <b>HOSPITAL</b> UNIVERSITARIO		<b>Formulario Resguardo y Retiro de Efectos Personales</b>	
Fecha: ____/____/____					
Apellido y Nombre del Paciente:					
Lugar de Fallecimiento:					
N° de Episodio:					
Fecha de Defunción: ____/____/____					
Inventario:..... ..... ..... ..... ..... ..... .....					
<b>Enfermero</b>			<b>Responsable de Seguridad</b>		
Firma y Sello			Firma y Aclaración		
<b>Recibe Familiar/Responsable</b>					
Firma:					
Aclaración:					
DNI:					