

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTOPSIA ASISTENCIAL**

**Estimado paciente**

*San Vicente, Misiones, .....del mes de ..... del 202....*

El **Sanatorio San Marcos** le solicita leer atentamente este documento, ya que pone en su conocimiento consideraciones importantes acerca de la intervención a la que decidirá que se accediese.

El consentimiento informado es la declaración de la voluntad realizada por el paciente o sus representantes legales, según el caso, con el fin de proceder a la intervención o internación del paciente para su tratamiento, diagnóstico o procedimiento específico, luego de haber recibido información clara, precisa e inherente a su situación. Consideraremos que ha entendido lo explicado a través de su firma en este documento.

### **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio del presente documento, pongo en manifiesto que:

- 1) Autorizo a \_\_\_\_\_ (razón social del servicio o centro que realizará la práctica) a que efectúe al cuerpo de \_\_\_\_\_ a un procedimiento de autopsia conocido por diversos nombres, tales como: autopsia anatómico-clínica, anatómico-patológica, académica, asistencial u hospitalaria.
- 2) Se me ha explicado que la realización de esa autopsia es de gran utilidad clínica para poder recabar información valiosa acerca de la causa y el mecanismo de muerte, indicando las estadísticas mundiales que hay un considerable porcentaje de casos en que la autopsia cambia el diagnóstico clínico de muerte, a pesar de haber practicado en vida adecuadas técnicas diagnósticas. Se me ha aclarado que la autopsia resulta de valor también cuando la etiología de la muerte no pudo ser establecida clínicamente en vida.
- 3) Asimismo, se me ha explicitado que la realización de la autopsia sirve para monitorizar posibles efectos adversos de nuevos tratamientos, es basamento para el estudio de malformaciones, enfermedades e investigación médica en general, como así también para la educación de profesionales de la salud, y fuente de información para estudios epidemiológicos.
- 4) Se me ha informado que la autopsia será realizada en el Servicio de Anatomía Patológica del establecimiento asistencial antes referido y por profesionales pertenecientes al mismo, entrenados e idóneos para llevar a cabo dicha tarea. Asimismo, se me ha aclarado que la autopsia puede ser total, parcial o limitada a un grupo de órganos o a un órgano, aparato o sistema en particular, y que la decisión de elegir uno u otro método, dependerá de los hallazgos ocurridos durante la realización de dicho procedimiento.
- 5) Se me ha aclarado que a la fecha no se ha comunicado la existencia de orden judicial de llevar a cabo la autopsia, y que la información sobre el resultado de la misma se facilitará tanto al médico solicitante como al suscripto.
- 6) Declaro que estoy plenamente satisfecho/a con las explicaciones brindadas, las que he comprendido en su totalidad, habiendo tenido la posibilidad de hacer preguntas y las mismas han sido respondidas a mi entera satisfacción. En consecuencia, otorgo libremente la autorización arriba mencionada, renunciando a efectuar reclamo de cualquier naturaleza con relación a la realización de la práctica y procedimiento descripto.
- 7) Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

### **DATOS PERSONALES DEL/LA AUTORIZANTE**

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**DATOS PERSONALES DEL/LA SEGUNDO AUTORIZANTE (si hubiere)**

**Nombre y Apellido:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_