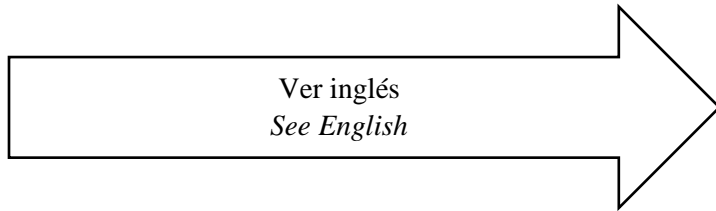


**INSTRUCCIONES:** Para ser válido, este documento 1) debe estar completo, 2) debe tener fecha, 3) debe estar firmado por la persona que obtiene el permiso Y 4) debe estar firmado por la persona que otorga el permiso o la persona testigo que monitorea la llamada telefónica en la que se da el permiso para hacer la autopsia.

Médico encargado:  
Servicio del Hospital:  
Teléfono:  
Fecha/Hora del deceso:



Quien suscribe, (nombre en letra de molde), (relación con la persona fallecida) de la persona fallecida, (nombre del difunto), solicito por este medio al Departamento de Patología (Pathology Department) de Cincinnati Children's Hospital Medical Center llevar a cabo una autopsia del cuerpo de la persona fallecida. Comprendo que cualquier información de diagnóstico obtenida a partir de la autopsia se integrará al registro médico de la persona fallecida y estará sujeta a las leyes vinculadas a registros médicos.



**INSTRUCTIONS:** *To be valid, this document 1) must be completed, 2) must be dated, 3) must be signed by the person obtaining permission, AND 4) must be signed either by the person granting permission or the witness monitoring the phone call in which permission was given in order to proceed with the autopsy.*

Attending Physician: \_\_\_\_\_  
Hospital Service: \_\_\_\_\_  
Phone#: \_\_\_\_\_  
Date/Time of Death: \_\_\_\_\_

I, (printed name) \_\_\_\_\_,  
the (relationship to the deceased) \_\_\_\_\_  
of the deceased, \_\_\_\_\_,  
*hereby request the Pathology Department of Cincinnati Children's Hospital Medical Center to perform an autopsy on the body of said deceased. I understand that any diagnostic information gained from the autopsy will become part of the deceased's medical record and will be subject to the laws applicable to medical records.*



**Conservación de órganos/tejidos:**

Autorizo a la remoción, examen y retención de los órganos, tejidos, dispositivos protésicos e implantables y fluidos que los patólogos consideren adecuados para el diagnóstico, educación, mejora de la calidad e investigación. Acepto además que estos materiales se desechen eventualmente según lo determinen los patólogos o el hospital, o lo exija la ley. Este consentimiento no se extiende a la remoción o uso de ninguno de esos materiales para trasplante o fines similares. Comprendo que los órganos y tejidos que no sean necesarios para el diagnóstico, educación, mejora de la calidad o fines de investigación se enviarán a la funeraria o se desecharán correctamente.

Comprendo que puedo imponer limitaciones tanto sobre la extensión de la autopsia, como sobre la retención de órganos, tejidos y dispositivos. Comprendo que todas las limitaciones podrían comprometer al valor diagnóstico de la autopsia y limitar la utilidad de la autopsia con fines educativos, de mejora de la calidad o de investigación. Tuve oportunidad de hacer todas las preguntas que quise sobre el alcance o el propósito de la autopsia.

**Limitaciones:**

Ninguna. Se autoriza la autopsia completa

Se autoriza la realización de una autopsia con las siguientes limitaciones. Por favor, sea específico.



Con mi firma a continuación confirmo que, a mi leal saber y entender, la ley me permite dar el consentimiento para la disposición de los restos de la persona fallecida.

**Retention of Organs/Tissues:**

*I authorize the removal, examination, and retention of organs, tissues, prosthetic and implantable devices, and fluids as the pathologists deem proper for diagnostic, education, quality improvement and research purposes. I further agree to the eventual disposition of these materials as the pathologists or the hospital determine or as required by law. This consent does not extend to the removal or use of any of these materials for transplantation or similar purposes. I understand that organs and tissues not needed for diagnostic, education, quality improvement, or research purposes will be sent to the funeral home or disposed of appropriately.*

*I understand that I may place limitations on both the extent of the autopsy and on the retention of organs, tissue, and devices. I understand that any limitations may compromise the diagnostic value of the autopsy and may limit the usefulness of the autopsy for education, quality improvement, or research purposes. I have been given the opportunity to ask any questions that I may have regarding the scope or purpose of the autopsy.*

**Limitations:**

*None. Permission is granted for a complete autopsy*

*Permission is granted for an autopsy with the following limitations. Please be specific.*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*By signing below, I confirm to the best of my knowledge that the law allows me to consent to the disposition of deceased's remains.*

HORA:  
TIME

FECHA:  
DATE

Firma de la persona que autoriza la autopsia  
*Signature of person authorizing the autopsy*

Nombre en letra de molde  
*Printed name*



**Consentimiento y autorización  
para autopsia**  
*Consent and Authorization for  
Autopsy*  
Página 3 de 3  
Page 3 of 3

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
*Patient Name*  
Fecha nac: \_\_\_\_\_  
*DOB*  
N° registro médico: \_\_\_\_\_  
*MRN*

HORA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
*TIME DATE*

Firma del médico que obtiene la autorización  
*Signature of physician obtaining permission*

Nombre en letra de molde  
*Printed name*

Vía:  Teléfono  Video  En el lugar  
*Via Phone Video On-site*

Nombre en letra de molde y número de ID de intérprete  
*Print name of interpreter and ID number*

**This section is to be initiated if the caregiver is not present to give written consent (see policy MCP-G-107)**  
**Debe firmarse con iniciales esta sección si la persona a cargo no está presente para otorgar su consentimiento por escrito. (ver política MCP-G-107)**

La persona que obtiene la autorización leyó las declaraciones que anteceden a la persona que otorga la autorización. La persona que otorga la autorización tuvo oportunidad de hacer preguntas sobre el alcance y el propósito de la autopsia. La persona que suscribe escuchó la conversación, con autorización de las partes, y afirma que la persona que otorga la autorización dio su consentimiento para la realización de la autopsia según lo indicado anteriormente.

*The above statements were read by the person obtaining permission to the person granting permission. The person granting permission was provided the opportunity to ask questions regarding the scope and purpose of the autopsy. The undersigned listened to the conversation with the permission of the parties and affirms that the person granting permission gave consent to the autopsy as indicated above.*

*Name of caregiver:* \_\_\_\_\_

Nombre de la persona a cargo

*Identity confirmed:*  *Yes*  *No*  
Identidad confirmada Sí No

*Telephone number:* \_\_\_\_\_ *Date:* \_\_\_\_\_ *Time:* \_\_\_\_\_  
Número de teléfono Fecha Hora

*Comments:* \_\_\_\_\_  
Comentarios

*Caller Signature* *Printed Name* *Time/Date*  
Firma de la persona que llama por teléfono Nombre en letra de molde Hora/Fecha

*Witness Signature* *Printed Name* *Time/Date*  
Firma del testigo Nombre en letra de molde Hora/Fecha