



**CHILDREN'S HOSPITAL BOSTON  
DEPARTMENT OF PATHOLOGY**

**AUTHORIZATION FOR  
PERFORMANCE OF AUTOPSY  
(SPANISH)**

USE PLATE OR PRINT

Mr. No. \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Pt. Name \_\_\_\_\_

Date Of Birth \_\_\_\_\_

Attending Physician \_\_\_\_\_

Date of Death \_\_\_\_\_ Time of Death \_\_\_\_\_

**Una autopsia es un examen médico después de la muerte, realizado por un médico (patólogo) con el fin de averiguar más acerca de la enfermedad de su niño y entender mejor la causa de la muerte. Las autopsias se realizan para dar información a usted, su familia, su médico y sus proveedores de cuidado clínico. Las autopsias también aumentan nuestros conocimientos médicos y, con su consentimiento, pueden permitir que alguien que ha muerto contribuya a los conocimientos científicos.**

Los preparativos fúnebres generalmente no se retrasan por hacer una autopsia y el procedimiento no interfiere con tener el ataúd abierto en el funeral. Los procedimientos de autopsia no afectan la cara o las partes del cuerpo generalmente visibles durante el velatorio en la funeraria.

El procedimiento de autopsia estándar requiere una incisión quirúrgica para permitir la observación, extracción, examinación y toma de muestras de órganos y tejidos.

- Usted tiene derecho a decidir si se hará o no una autopsia (a menos el médico forense del estado lo solicite).
- Usted tiene derecho a decidir la extensión de una autopsia siguiendo sus valores y preferencias personales, religiosas o de otro tipo.
- Usted tiene derecho a decidir qué pasa con los órganos y tejidos de su niño en la autopsia.
- Usted tiene derecho a solicitar que todos los órganos sean devueltos al cuerpo cuando se complete la autopsia.

Usted debería estar consciente, sin embargo, de que las restricciones a la autopsia y el volver a colocar los órganos en el cuerpo pueden limitar la precisión o el grado de compleción de la información que usted, su familia y su médico obtendrían del procedimiento. Esto es especialmente cierto para el estudio del cerebro, la médula espinal y el corazón, que requieren un examen prolongado y detallado. Su permiso para que el hospital guarde éstos y otros órganos permite la mejor oportunidad de examen, consultas con otros médicos, enseñanza e investigación. Su médico y otros médicos del Departamento de Patología están disponibles para explicar más detalladamente el procedimiento y las posibles restricciones a la autopsia, y cómo estas restricciones podrían afectar la cantidad de información que podría obtenerse.

**La persona que autoriza debe FIRMAR CON SUS INICIALES para indicar su selección en CADA UNA de las primeras tres secciones siguientes:**

**1. Consentimiento para la autopsia**

\_\_\_\_\_ Permiso una autopsia estándar que incluye todos los órganos.  
(iniciales)

\_\_\_\_\_ Permiso una autopsia solamente de lo siguiente (indicar regiones del cuerpo u órganos):  
(iniciales)

**2. Qué pasa con los órganos**

\_\_\_\_\_ Permiso que el Children's Hospital guarde todos los órganos para su examen y con fines de  
(iniciales) enseñanza y que disponga finalmente de los mismos conforme a las normas del hospital. Esto ofrece la mejor oportunidad de obtener el máximo de información acerca de la enfermedad de mi niño y de aportar a los conocimientos científicos y la educación médica.

\_\_\_\_\_ Solicito que después de que se tomen muestras, los siguientes órganos se devuelvan al cuerpo en el  
(iniciales) momento de la autopsia: \_\_\_\_\_

Entiendo que devolver los órganos disminuye las oportunidades de obtener información.

\_\_\_\_\_ Solicito que después de se tomen las muestras, todos los órganos se devuelvan al cuerpo en el  
(iniciales) momento de la autopsia. Entiendo que devolver los órganos disminuye las oportunidades de obtener información

**3. Muestras de órganos y tejidos para investigación**

Los órganos y las muestras de tejidos tomadas de órganos obtenidos durante una autopsia no solamente proporcionan información sobre la enfermedad de un niño sino que son además un recurso crítico para los médicos y científicos que estudian enfermedades que afectan a todos los niños. Para tratar de mejorar el entendimiento y el tratamiento de las enfermedades, generalmente no hay nada más útil que el tejido de pacientes que padecieron enfermedades específicas.

\_\_\_\_\_ Permiso que los órganos y las muestras de tejidos tomadas de órganos se usen con fines de  
(iniciales) investigación.

\_\_\_\_\_ Permiso que las muestras de tejidos tomadas de órganos se usen con fines de  
(iniciales) investigación.

\_\_\_\_\_ No permito que los órganos ni las muestras de tejidos tomadas de órganos se usen con fines  
(iniciales) de investigación

**4. Si hay otras limitaciones o peticiones no mencionadas anteriormente, favor de explicar a continuación:**

También tengo las siguientes limitaciones/peticiones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5.** Entiendo que el INFORME DE LA AUTOPSIA se incorporará al historial médico de mi niño y se enviará a su médico (*nombre*) \_\_\_\_\_, quien podrá informarme de los resultados de la autopsia. Entiendo que cualquier información averiguada mediante la autopsia se mantendrá en estricta confidencialidad al grado requerido por la ley y que tal información puede ponerse a la disposición de la comunidad médica general solamente de manera tal que no identifique personalmente a mi niño.

***PERSONA(S) QUE DA(N) EL CONSENTIMIENTO PARA LA AUTOPSIA\****

Nombre (s) en letras de molde \_\_\_\_\_

Firma(s) \_\_\_\_\_

Relación con la persona fallecida \_\_\_\_\_

**\*Nota:** Si un padre o persona desea que se haga una autopsia y el otro padre o persona se opone a ello y da a conocer tal oposición antes de la autopsia, no será hará una autopsia.

***PERSONA QUE OBTIENE EL CONSENTIMIENTO***

Nombre en letras de molde \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

***TESTIGO (se requiere en todos los casos, incluso cuando se obtiene el permiso por teléfono)***

Nombre en letras de molde \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Intérprete: Nombre en letras de molde \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha/Hora \_\_\_\_\_  
(si corresponde)

**\*Nota:** Si el consentimiento se obtiene por teléfono, la persona que solicita el consentimiento deberá leer el formulario de consentimiento en su totalidad a la persona que da el permiso para la autopsia y deberá marcar las respuestas a todos los puntos en la presencia del testigo telefónico. La persona que da el consentimiento deberá tener la oportunidad de hacer preguntas con respecto al alcance y la magnitud de la autopsia. El testigo telefónico deberá escuchar toda la conversación con el permiso de todas las partes que participan en la misma.

\_\_\_\_\_ Marcar aquí para indicar si se obtuvo el permiso por teléfono.

**PHYSICIAN USE ONLY**

\_\_\_\_\_ PROVIDE A COPY OF THE SIGNED CONSENT FORM TO THE PERSON GIVING PERMISSION FOR THE AUTOPSY

\_\_\_\_\_ IMMEDIATELY PAGE PATHOLOGY RESIDENT ON-CALL

\_\_\_\_\_ SEND COMPLETED FORM AND MEDICAL RECORD TO PATHOLOGY DEPARTMENT