

Nombre de la Institución o Denominación Social del Establecimiento.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
PARA REALIZAR NECROPSIA HOSPITALARIA**

Lugar y Fecha

Nombre: _____ No. de Expediente: _____, edad _____

Identificado con: _____

Nombre del Familiar Responsable: _____

Identificado con: _____

Representante Legal: _____

Identificado con: _____

Por medio de la presente y en pleno uso de mis facultades, sin que haya mediado violencia física o moral, manifiesto que he sido informado que uno de los estudios que fortalecen el avance del conocimiento médico y la investigación que es el estudio de necropsia, por lo que autorizo se realice dicho procedimiento en mi cuerpo en caso de fallecer, en cumplimiento al Artículo 325 de la Ley General de Salud, así como la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998 del Expediente Clínico.

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma del Médico Tratante
Quien se Identifica con:

Nombre y Firma del Familiar Responsable

Nombre y Firma del Médico Tratante

Nombre y Firma del Testigo
Quien se Identifica con:

Nombre y Firma del Testigo
Quien se Identifica con:
