

SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA
SECCIÓN AUTOPSIAS
ANEXO NORMA SAP-001

PEDIDO DE AUTOPSIA

NOMBRE:
SEXO: EDAD: NACIONALIDAD:
SALA: CAMA: H.C.:

FECHA DE INGRESO:/...../.....
FECHA DE FALLECIMIENTO:/...../.....
FECHA DE PEDIDO:/...../.....

SEROLOGÍA (marcar con X lo que corresponda)

	POSITIVA	NEGATIVA	SIN DATOS
HIV:			
HBV:			
HCV:			
OTROS:			

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:
ANTECEDENTES:

TIPO DE AUTOPSIA SOLICITADA:
COMPLETA PARCIAL ESPECIFICAR:

Firma del Médico solicitante:
Aclaración N° de Matricula:

Autorizo a los Sres. Profesionales a realizar autopsia con devolución del cuerpo.

Firma del familiar:
Aclaración: D.N.I.:
Parentesco:

Almudo Medina
Directora Ejecutiva
Hospital El Cruce

DR. RICARDO A. OTERO
Responsable Área Calidad
Hospital EL CRUCE

JUAN CARLOS VOGEL
A CARGO DEL
SERVICIO DE PATOLOGÍA