

**SOLICITUD DE AUTOPSIA**

Nombre del Fallecido: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de fallecimiento \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Médico responsable del paciente: \_\_\_\_\_ Servicio: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Tipo de autopsia solicitada: Completa\_\_ Parcial\_\_

Interés específico en: \_\_\_\_\_

**RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Antecedentes personales:

Enfermedad actual: (motivo de ingreso, exploración clínica):

Pruebas complementarias y analíticas de interés:

Evolución

Juicio diagnóstico

Causa probable de muerte:

Forma de muerte

Nombre y firma del médico solicitante