**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