

Posadas, ..... de ..... de 201..

**RECHAZO TERAPEUTICO DE AUTOPSIA FETAL**

1- Yo, .....DNI..... siendo las....hs. manifiesto haber sido informado en términos claros y censillos por el Dr. .... que de acuerdo a la evaluación medica practicada se me ha diagnosticado defunción fetal intrauterino, relacionado al embarazo que cursaba la paciente Sra. .... motivo por el que esta indicado realizar procedimiento conocido como NECROPSIA-AUTOPSIA del bebe.

2- El profesional mencionado en el punto anterior me ha explicado las características y propósitos del tratamiento propuesto, las posibles alternativas al mismo, y los riesgos y consecuencias de no realizarlo. No obstante, me niego a prestar conformidad para que el mismo sea llevado a cabo, como así también rehúso se me practique cualquier otros tratamiento o procedimientos medico.

3- Hago presente que me ha dado la oportunidad de hacer preguntas con respecto a las posibles consecuencias de la no realización del tratamiento indicado, como así también de sus alternativos, y todas ellas han sido contestadas completa y satisfactoriamente.

4- Comprendo perfectamente todo lo mencionado en los puntos anteriores y dejo constancia que asumo a mi exclusivo cargo todas las consecuencias que mi negativa genere sobre mi estado de salud, aun cuando este rechazo terapéutico ponga en grave riesgo de mi vida, deslindo de toda responsabilidad a la institución, los médicos, enfermeros, auxiliares, y demás profesionales que hasta el momento me han atendido en este establecimiento.

.....  
Firma paciente

.....  
Firma Testigo (familiar, enfermero, etc)

.....  
Aclaración de Firma

.....  
Aclaración de Firma

.....  
Documento

.....  
Documento

.....  
Domicilio

.....  
Domicilio

.....  
Teléfonos

.....  
Teléfonos