



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

AUTORIZACIÓN PARA AUTOPSIA CLÍNICA

El paciente D. _____ ha fallecido en circunstancias de difícil diagnóstico. Le solicitamos autorización para realizar autopsia clínica, o sea, de indicación médica.

Datos del paciente:

D/D^a. _____ con DNI _____ en calidad de familiar del paciente previamente mencionado, autorizo la realización de autopsia clínica por parte del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital La Inmaculada de Huércal-Overa.

Firmado

En Huércal-Overa a

Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería
Hospital "La Inmaculada" & Distrito A. P. "Levante Alto Almanzora"
Avda. Dra. Ana Parra, s/n
04600 Huércal-Overa (ALMERÍA)
Teléfono: 950 02 90 00

