

ANEXO No. 1:
FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA AUTOPSIA FETAL

INSTITUCIÓN: _____

FECHA: _____

Yo _____, con CC y/o TI _____ y
_____ con CC y/o TI _____

manifestamos que hemos sido informados del propósito de realizar el estudio de patología o autopsia fetal a nuestro hijo (a) y/o menor, practicado por el grupo de patólogos de esta Entidad, el cual puede darnos información sobre la causa última de la muerte del feto.

El médico tratante solicita mi autorización y me explica que en caso de querer la entrega del feto, se hará culminado el proceso; el cuerpo no será mutilado o desfigurado y prestará al final del examen una herida o incisión central en el tórax y el abdomen y otra en la cabeza. Los resultados finales se me entregarán en aproximadamente 30 días.

Las muestras de los tejidos serán analizadas por el patólogo para su estudio microscópico las cuales se archivarán por un mínimo de 20 años como parte de la Historia Clínica y podrá ser eventualmente utilizados con fines médicos educativos, investigativos o como parte de una auditoria. Durante el procedimiento pueden tomarse fotografías científicas o radiografías a la Historia Clínica del paciente.

Se me explicó que puedo llevarme Si () o No () el feto, para lo cual la institución diligenciará el Certificado de Defunción, con el que nosotros nos comprometemos a solicitar la licencia de inhumación (sepelio) o de cremación en la Secretaría Distrital de Salud para hacer la disposición final del mismo.

En caso de no ser retirado el feto dentro de los siguientes 30 días, contados a partir de la fecha de suscripción del presente documento, autorizamos a la administración del Hospital (IPS), para realizar la disposición final del mismo.

Según lo dispuesto por el Decreto 786 de 1987, si los médicos tratantes lo consideran conveniente, el Hospital (IPS), puede proceder a realizar la autopsia sin mi autorización. En casos de asuntos de salud pública.

Si desea información adicional con relación al procedimiento de autopsia fetal, puede comunicarse con el Departamento de Patología del Hospital (IPS), al teléfono 0000.

Nombre: _____ Apellido: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Cédula de Ciudadanía: _____

Nombre: _____ Apellido: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Cédula de Ciudadanía: _____

Firma del Profesional: _____
Nombre del Profesional: _____
Registro médico: _____
Fecha: AA _____ Mes _____ Día _____



República de Colombia



Ministerio de la Protección Social

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

CONFIDENCIAL

Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Artículo 5.º.

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

(Consulte instrucciones al respaldo)

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Departamento

Municipio

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Cabecera municipal

Centro poblado

Rural disperso

Inspección, corregimiento o caserío

TIPO DE DEFUNCIÓN

Fetal

No fetal

FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

____ Año

____ Mes

____ Día

HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

____ Hora

____ Minutos

Sin establecer

SEXO DEL FALLECIDO

Masculino

Femenino

Indeterminado

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

Registro civil

Tarjeta de identidad

Cédula de ciudadanía

Cédula de extranjería

Pasaporte

Sin información

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

PROBABLE MANERA DE MUERTE

Natural

Violenta

En estudio

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

Cédula de ciudadanía

Pasaporte

Cédula de extranjería

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

Médico

Enfermero(a)

Auxiliar de enfermería

Promotor(a) de salud

REGISTRO PROFESIONAL

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento

Municipio

____ Año ____ Mes ____ Día

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

II. DEFUNCIONES FETALES O DE MENORES DE UN AÑO

25. LA MUERTE FETAL O DEL MENOR DE UN AÑO OCURRIÓ CON RELACIÓN AL PARTO <input type="checkbox"/> 1. Antes <input type="checkbox"/> 2. Durante <input type="checkbox"/> 3. Después <input type="checkbox"/> 4. Ignorado	26. TIPO DE PARTO -EL FETO O EL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO NACIÓ POR PARTO: <input type="checkbox"/> 1. Espontáneo <input type="checkbox"/> 2. Cesárea <input type="checkbox"/> 3. Instrumentado <input type="checkbox"/> 4. Ignorado	27. MULTIPLICIDAD -EL FETO O EL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO NACIÓ DE UN EMBARAZO: <input type="checkbox"/> 1. Simple <input type="checkbox"/> 2. Doble <input type="checkbox"/> 3. Tríple <input type="checkbox"/> 4. Cuádruple o más <input type="checkbox"/> 5. Ignorado
28. TIEMPO DE GESTACIÓN DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO <input type="text"/> Semanas completas <input type="checkbox"/> Ignorado		29. PESO AL NACER DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO <input type="text"/> Gramos. → Continuar al respaldo

Impreso en la Dirección de Difusión, Mercadeo y Cultura

II. DEFUNCIONES FETALES O DE MENORES DE UN AÑO (conclusión)

DATOS DE LA MADRE DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO			
30. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
31. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE		32. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)	33. EDAD DE LA MADRE
<input type="checkbox"/> 1. Registro civil <input type="checkbox"/> 2. Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> 3. Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> 4. Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> 5. Pasaporte <input type="checkbox"/> 9. Sin información		<input type="text"/>	<input type="text"/> Años cumplidos
34. NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y NACIDOS MUERTOS DE LA MADRE (INCLUYENDO EL PRESENTE)	35. ESTADO CONYUGAL DE LA MADRE		
<input type="text"/> 1. Nacidos vivos <input type="text"/> 2. Nacidos muertos	<input type="checkbox"/> 1. No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja <input type="checkbox"/> 2. No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja <input type="checkbox"/> 3. Está separada, divorciada <input type="checkbox"/> 4. Está viuda <input type="checkbox"/> 5. Está soltera <input type="checkbox"/> 8. Está casada <input type="checkbox"/> 9. Sin información		
36. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ LA MADRE			
<input type="checkbox"/> 1. Preescolar <input type="checkbox"/> 2. Básica primaria <input type="checkbox"/> 3. Básica secundaria <input type="checkbox"/> 4. Media académica o clásica <input type="checkbox"/> 5. Media técnica <input type="checkbox"/> 6. Normalista <input type="checkbox"/> 7. Técnica profesional <input type="checkbox"/> 8. Tecnológica <input type="checkbox"/> 9. Profesional <input type="checkbox"/> 10. Especialización <input type="checkbox"/> 11. Maestría <input type="checkbox"/> 12. Doctorado <input type="checkbox"/> 13. Ninguno <input type="checkbox"/> 99. Sin información			
Último año o grado aprobado <input type="text"/>			

III. DEFUNCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL (10 A 54 AÑOS)

37. ¿ESTABA EMBARAZADA CUANDO FALLECIÓ? <input type="checkbox"/> 1. Sí (Pase a 40) <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Sin Información	38. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS? <input type="checkbox"/> 1. Sí (Pase a 40) <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Sin Información	39. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="checkbox"/> 1. Sí (Pase a 40) <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Sin Información
--	---	--

IV. MUERTES VIOLENTAS

40. PROBABLE MANERA DE MUERTE	<input type="checkbox"/> 1. Suicidio	<input type="checkbox"/> 2. Homicidio	<input type="checkbox"/> 3. Accidente de tránsito	<input type="checkbox"/> 4. Otro accidente	<input type="checkbox"/> 5. En estudio
41. ¿CÓMO OCURRIÓ EL HECHO? SI herido (clase de arma); ahogado (quebrada, río, pozo, piscina, etc.); atropellado (vehículo de motor, bicicleta, de tracción animal, etc. y especificar si el fallecido era conductor, pasajero o peatón); si fue envenenado (la clase de veneno, droga, medicamento, gases o vapores).					
42. LUGAR O DIRECCIÓN DE OCURRENCIA DEL HECHO					
Departamento		Municipio			
Dirección de ocurrencia del hecho					

ANEXO No. 2:

FORMATO DE ENTREGA Y AUTORIZACIÓN PARA LA DISPOSICIÓN FINAL DEL PRODUCTO DE CONCEPCIÓN

1. DATOS INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD (IPS):

RAZÓN SOCIAL: _____

DIRECCIÓN: _____

E-MAIL INSTITUCIONAL: _____

FECHA RECOLECCIÓN PRODUCTO DE CONCEPCIÓN: _____

DESCRIPCIÓN (CARACTERÍSTICAS DE LOS PRODUCTOS A ENTREGAR):

RELACIÓN DE LOS PRODUCTOS:

HIJO DE	No CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	No LICENCIA DE CREMACIÓN	FECHA DE LICENCIA	PESO FETO (Kg)

PESO TOTAL: _____ Kg.

CERTIFICO QUE EL PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN ENTREGADO ESTÁ CORRECTAMENTE DESCRITO Y CERTIFICADO EN EL ACTA DE DEFUNCIÓN Y LICENCIA DE CREMACIÓN, QUE SE HAN PREVISTO LAS CONDICIONES DE SEGURIDAD ESTABLECIDAS PARA SU TRANSPORTE (EMPAQUE, SENALIZACIÓN)

NOMBRE (PERSONA AUTORIZADA): _____

FIRMA: _____

CARGO: _____

OBSERVACIONES:

2. DATOS EMPRESA TRANSPORTADORA:

RAZÓN SOCIAL: _____
DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____
TIPO DE VEHÍCULO: _____ No. PLACA: _____
NOMBRE CEMENTERIO DESTINATARIO FINAL: _____

OBSERVACIONES:

RECIBÍ LOS RESTOS HUMANOS DESCRITOS ANTERIORMENTE PARA SU TRANSPORTE:

NOMBRE: _____ FIRMA: _____
CARGO: _____
FECHA DE TRANSPORTE: DÍA _____ MES _____ AÑO _____

3. DATOS CEMENTERIO DESTINO FINAL:

RAZÓN SOCIAL: _____
DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____
COSTO: \$ _____

RECIBÍ LOS RESTOS HUMANOS DESCRITOS EN EL FORMATO DE ENTREGA PARA DISPOSICIÓN FINAL PRODUCTO DE CONCEPCIÓN:

OBSERVACIONES:

NOMBRE: _____ FIRMA: _____
CARGO: _____
FECHA DE RECIBO: DÍA _____ MES _____ AÑO _____