

Your  
Hospital's  
Logo  
Here

# INSTRUCCIONES Y PERMISO PARA DISPOSICION

PATIENT IDENTIFICATION

**de restos de ( FETO, BEBÉ QUE NACIÓ MUERTO O VIVO Y EXPIRÓ AL NACER,  
CUYO PESO AL NACER FUÉ MENOS DE 500 GRAMOS )**

NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE:	HOSPITAL:	FECHA:
------------------------------	-----------	--------

**I. ( Marque Donde Corresponde )**

- Yo seré completamente responsable de hacer todos los arreglos funerarios para el entierro de los restos de mi bebé dentro de los proximos 7 dias. Comunicaré a el departamento de Admision de el Hospital, sobre todos los arreglos que haré. Entiendo perfectamente que, despues de 7 dias, si yo no hé hecho ningun arreglo, el Hospital asumirá toda responsabilidad para la disposición de los restos de mi bebé y que ésto será por medio de un proceso de cremación el cual será hecho por una casa funeraria registrada.
- Por lo tanto pido a el Hospital se encargue de hacer todos los arreglos para la disposición de los restos de mi bebé. Entiendo perfectamente que, esté proceso será por cremación la cual será hecha por una casa funeraria registrada.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FIRMA del el DIRECTOR DEL LA FUNERARIA

**II. SI EL PACIENTE NO ESTA DISPONIBLE PARA DAR EL CONCENTIMIENTO O NO ES LEGALMENTE ELEGIBLE, LAS SIGUIENTES LINEAS Y FIRMAS TIENEN QUE LLENARSE.**

EL PACIENTE NO PUEDE DAR ESTE CONCENTIMIENTO POR LA RAZON: ..... .....		
FIRMA DEL FAMILIAR DEL PACIENTE O FIRMA DEL LA PERSONA QUE SE HACE RESPONSABLE DE DAR CONCENTINIMIENTO:	TESTIGO:	FECHA:

**WHITE ORIGINAL - Admitting Office**

**YELLOW COPY - Admitting Office**

**Admitting Office INSTRUCTIONS:** After Funeral Director signs, forward WHITE ORIGINAL to Medical Records. Forward YELLOW COPY to Funeral Director.

**PART OF THE MEDICAL RECORD**