



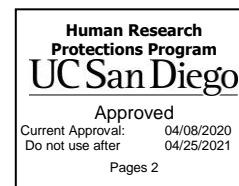
Protocol 170957

CENTRO SHILEY-MARCOS DE INVESTIGACION DE ALZHEIMER

(UCSD ADRC) East Campus Office Building  
9444 Medical Center Drive, Suite#1-100  
LA JOLLA, CA 92037  
(858) 822- 4800 (TELEFONO)

(858) 246-1282 (FAX)

UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA,  
SAN DIEGO  
9500 GILMAN DRIVE (0948)  
LA JOLLA, CALIFORNIA 92093-0948



## Consentimiento de Autopsia

- ☐ Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para que se haga una autopsia a la hora de mi muerte.
- ☐ Doy mi consentimiento para que se efectúe una autopsia en los restos de \_\_\_\_\_. Yo soy una de las siguientes personas autorizadas por la ley de California para decidir sobre la disposición de restos de la persona fallecida. Por orden de prioridad:
- |                                           |                                              |                                      |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Cónyuge       | <input type="checkbox"/> 3. Padre/Madre      | <input type="checkbox"/> 5. Guardián |
| <input type="checkbox"/> 2. Hijo/a Adulto | <input type="checkbox"/> 4. Hermano/a Adulto | <input type="checkbox"/> 6. _____    |
- ☐ Entiendo que una autopsia completa puede que incluya, pero no está limitada a cabeza, ojos, médula espinal, tórax, abdomen y extremidades. Puede que también incluya la extirpación y retención de órgano(s) o tejido(s) para investigación, diagnóstico, otros objetivos científicos o terapéuticos, y hasta, de ser apropiado, el tratamiento de un paciente vivo.
- ☐ Mi consentimiento está limitado a la siguiente restricción: CEREBRO SOLAMENTE
- ☐ Mi consentimiento incluye una autopsia del CEREBRO, además de los siguientes órganos:
- Especifique órganos adicionales (ej., ojos, médula espinal): \_\_\_\_\_

Firma del Participante

Nombre Impreso

Fecha/Hora

Firma del Familiar

Nombre Impreso

Fecha/Hora

Firma del Testigo

Nombre Impreso

Fecha/Hora

**Por favor complete el reverso de este formulario**



Protocol 170957

☐ Por favor envíe una copia del resumen del médico y el resultado de la autopsia:

---

Nombre

---

Nombre

---

Dirección o Casilla Postal

---

Dirección o Casilla Postal

---

City, State, Zip Code

---

City, State, Zip Code

EN EL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO, POR FAVOR LLAME  
AL CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE ALZHEIMER DE UCSD  
Y PIDA CON EL MÉDICO DE ALZHEIMER DE GUARDIA  
(858) 822-4800 – DÍAS DE SEMANA (619) 543-6737 – FUERA DE HORA O FINES DE SEMANA

DESPUÉS DE LA AUTOPSIA, POR FAVOR CONTACTE:

---

(SOCIEDAD/EMPRESA FUNERARIA)

---

NÚMERO DE TELÉFONO