

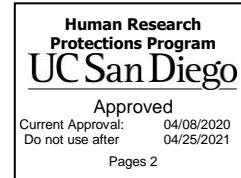


Protocol 170957

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