



**AUTORIZACION PARA RENUNCIAR AL PRODUCTO DE LA GESTACIÓN EN  
CASO DE MUERTE DEL RECIÉN NACIDO PREVIO AL ALTA MÉDICA**

(Complemento Gratuito)

Yo, \_\_\_\_\_, titular de la Cédula de Identidad N°: \_\_\_\_\_, en mi carácter de Madre o familiar directo **DECLARO**, que renuncio al producto de la gestación de ( ) semanas, atendida en el Establecimiento de Salud \_\_\_\_\_, por no contar con los recursos económicos; por lo tanto **AUTORIZO** a la Directiva de dicho Establecimiento, para que proceda a gestionar ante el Registro Civil de la localidad para la inhumación, cremación o la documentación para la Donación con fines de docencia e investigación.

AUTORIZACION que hago en la ciudad \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días, del mes de \_\_\_\_\_ año, \_\_\_\_\_.-

Firma: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

Nº. De Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Anexar:

1. Fotocopia de la Cédula de Identidad
2. Copia de Certificado de Defunción EV-14 (Muerte Fetal)
3. Documento Pro probatorio de ser Representante legal
4. Huellas dactilares