



**AUTORIZACION PARA RENUNCIAR AL PRODUCTO DE LA GESTACIÓN EN
CASO DE DEFUNCIÓN FETAL**

(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, a disponer del producto de la gestación en conformidad con las "Normas para la Clasificación y Manejo de Desechos en Establecimientos de Salud", publicado en la Gaceta Oficial N° 4.418 Extraordinaria. Del 27-04-1992.

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