

**CERTIFICACIÓN MÉDICA EN CASOS POR MUERTE NATURAL EN ASILOS Y RESIDENCIAS**

Estimado Colega:

El Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico tiene la responsabilidad en Ley de investigar todos los decesos acaecidos en Residencias, Casas de Convalecencia, Asilos, Establecimientos y/o cualquier otra institución similar.

Con el interés de cumplir este requisito de Ley cabalmente, solicitamos nos provea la información requerida en este formulario y someta el mismo junto con el Certificado de Defunción **Original** del fenecido al Agente Funerario que corresponda.

Para información adicional, favor comunicarse al teléfono (787) 765-0615, ext. 2328 ó 2309, de 7:30 am a 4:00 pm.

Nombre del fallecido: \_\_\_\_\_

Institución de donde proviene: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Padecimientos o enfermedad durante el último año (por favor, detalle): \_\_\_\_\_

¿Anticipa usted que pueda surgir duda sobre la causa, circunstancias, forma y manera de muerte del fallecido?

 Sí  No Si contestó en la afirmativa, favor detalle a continuación:

¿Entiende usted que la muerte pudiera estar relacionada con algún evento traumático, aunque sea de forma contributoria?

 Sí  No Si contestó en la afirmativa, favor detalle a continuación:

Si usted determinó que la causa de la muerte se debió a Pulmonía, Sepsis o Hematoma Subdural, por favor brinde una breve explicación:

¿Existe alguna razón de su parte para oponerse a que el Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico expida el permiso correspondiente para la disposición del cadáver sin necesidad de autopsia?

 Sí  No Si contestó en la afirmativa, favor detalle a continuación:

¿Existe alguna sospecha que la muerte esté relacionada a la enfermedad infecciosa COVID-19?

 Sí  No De ser afirmativa la contestación, favor de explicar:¿Las muestras COVID-19 fueron tomadas?  Sí  No De ser afirmativa la contestación, favor de indicar ¿dónde? y ¿cuándo?

¿Entiende usted que la muerte del paciente está asociada de manera directa o indirecta a un evento atmosférico?

 Sí  No De ser afirmativa la contestación, favor de explicar:

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_

Número de Licencia: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Para Uso Solamente del Instituto de Ciencias Forenses**

Núm. ICF: \_\_\_\_\_

Fecha recibo documentos: \_\_\_\_\_

Vo. Bo. del Patólogo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_