

AUTORIZACION ENTREGA DE CADAVERES

- NOMBRE FALLECIDO: _____
- RUT FALLECIDO: _____
- SERVICIO CLINICO: _____
- FECHA Y HORA DE ENTREGA A MORGUE: _____
- NOMBRE MEDICO QUE AUTORIZA: _____
- ENCIERRE EN UN CIRCULO SI PACIENTE ES:
 - COVID NEGATIVO
 - COVID RECUPERADO
 - EN ESPERA DE RESULTADO
 - POSITIVO ACTIVO

FIRMA MEDICO

FUNCIONARIO QUE ENTREGA A MORGUE

FUNCIONARIO QUE ENTEGRA A FUNERARIA