

 <p>CLÍNICA SOMER Cuidados con corazón</p>	<p>SOLICITUD ENTREGA DE PLACENTA SOMER S.A.</p>		CÓDIGO	GA.FORM.80
	VERSIÓN	01		
	Fecha de elaboración y/o actualización: 25-06-2021			

Datos del paciente		Fecha:		
Nombres:		Apellidos:		
Identificación:	Edad:	Aseguradora:		
Teléfono:	Servicio:	Historia Clínica:		

Yo _____, identificado (a) con DI. N°. _____ de _____, residenciado en _____ Solicito a la CLÍNICA SOMER S.A voluntariamente que posterior a mi parto, se me haga entrega de la placenta y cordón.

Entiendo que de acuerdo a las siguientes exclusiones no se me podrá ser entregada la placenta:

1. Diagnósticos de VIH, HEPATITIS B y/o C.
2. No podrá ser entregada a quien posterior al alumbramiento y debido a las características de la placenta, sea indicado un estudio microbiológico o histopatológico de ésta y/o sus anexos ovulares.
3. Muerte perinatal (mortinato) con causa directa no establecida.

Me comprometo a realizar un uso sanitariamente seguro para mí, mi familia, la población general y el medio ambiente, adicionalmente, comprendo mediante información previa dada por el profesional de la salud, que en caso de que la placenta no pueda ser entregada, se tratará de acuerdo al instructivo de manejo de residuos anatopatológicos, siendo enviada a tratamiento de incineración en cumplimiento con la normatividad ambiental vigente para el manejo de residuos hospitalarios; aclarando a quién firma el presente documento que no se le realizará entrega de las cenizas de la placenta.

Manifiesto que he sido informado del propósito final, según disposición de la Clínica SOMER S.A. sin que se presente reclamación alguna.

Firma del paciente

D.I.

Teléfono

Firma del representante legal

D.I.

Teléfono

Firma Enfermera

Área / Servicio: