



# Disposición de Defunción Fetal - Formulario de Notificación

## Sólo para propósitos de traducción

Hora en que se proporcionó a la madre/progenitor \_\_\_\_\_ a.m. / p.m.

Este formulario deberá ser utilizado para notificar a la madre/progenitor sobre sus derechos y opciones para la disposición de los restos mortales, luego de producirse una expulsión fetal espontánea antes de las 20 semanas de gestación. [Vea el Acta de Autorización de Hospitales (210 ILCS 85/11.4)].

Yo, \_\_\_\_\_, después de haber leído esta notificación, entiendo que tengo un plazo de hasta 24 horas para hacer las gestiones sobre el entierro o cremación de los restos mortales, o puedo permitirle al hospital el manejo y disposición de los restos mortales, bajo los términos y condiciones que el hospital establezca.

Al firmar, me comprometo a cumplir y respetar una de las siguientes opciones.

Favor de elegir **una sola** opción:

1. \_\_\_\_\_ Elijo permitirle al hospital que maneje la disposición de los restos mortales bajo los términos y condiciones que éste haya establecido. El hospital puede explicarme el costo del servicio, si lo hay.
2. \_\_\_\_\_ Elijo comunicarme con una funeraria de mi predilección para organizar las gestiones del entierro y/o la cremación de los restos mortales, a mi costo.

Si después de leer este formulario yo no lo firmo antes de las 24 horas, el hospital estará autorizado a manejar la disposición de los restos mortales según los términos y condiciones utilizados normalmente por el hospital.

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre/progenitor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha