



**SERVICIOS DE SALUD IMSS-BIENESTAR  
HOSPITAL GENERAL ACTOPAN  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**

Actopan, Hidalgo, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**FORMATO DE IDENTIFICACIÓN Y ENTREGA DE CADÁVERES**

Nombre completo del paciente fallecido: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Nº de certificado de defunción \_\_\_\_\_  
Fecha y hora de defunción: \_\_\_\_\_  
Servicio \_\_\_\_\_ Turno: \_\_\_\_\_

**DATOS DE QUIEN RECIBE EL CUERPO**

Nombre del familiar o representante legal \_\_\_\_\_  
Parentesco con el fallecido \_\_\_\_\_ Firma del familiar \_\_\_\_\_

**PERSONAL QUE INTERVIENE EN LA ENTREGA**

<b>Personal</b>	<b>Nombre</b>	<b>Firma</b>
Trabajadora Social:	_____	_____
Vigilante en turno:	_____	_____
Representante funeraria:	_____	_____
Nombre de la funeraria:	_____	_____
Fecha y hora de entrega de cadáver:	_____	_____

*Se hace constar que se ha entregado el cuerpo del paciente descrito en el presente formato al servicio funerario indicado y al familiar responsable designado, en cumplimiento de las disposiciones legales vigentes, tales como el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Atención Médica, Trasplantes, Disposición de Cadáveres y Especímenes, así como el Procedimiento para el Tránsito, Depósito, Entrega y Traslado de Cadáveres en los Servicios Hospitalarios.*

*La entrega del cadáver se efectúa con identificación plena y acompañada de la documentación legal correspondiente, incluyendo el Certificado de Defunción respectivo, asegurando el cumplimiento de las normas institucionales, legales y sanitarias aplicables.*