



"Enriching Lives"

**COUNTY OF LOS ANGELES**  
**DEPARTMENT OF MEDICAL EXAMINER**  
1104 N. MISSION RD, LOS ANGELES, CALIFORNIA 90033



**Odey C. Ukpo, M.D., M.S.**  
Chief Medical Examiner

Se le entregan los siguientes documentos porque usted pidió la Disposición del Condado o los servicios de sepultación de un veterano para su ser querido que está actualmente en nuestra oficina. Por favor llene los formularios con la mayor cantidad de información posible, ya que se usarán para completar el Certificado de defunción definitivo. Una vez que haya completado los formularios, entréguelos a nuestra oficina lo mas pronto posible para que podamos comenzar el proceso de disposición. Una vez que recibamos los documentos, el proceso suele tardar entre cuatro y seis semanas, pero podría alargarse debido a complicaciones imprevistas. Por favor sea paciente. Una vez que el cuerpo haya sido entregado, se le enviará una carta en la que se le informará de los avances y de las agencias con las que deberá contactar para obtener más información. Los formularios completos deben enviarse por correo a:

**CONDADO DE LOS ÁNGELES**  
**DEPARTAMENTO DE MÉDICO FORENSE**  
**1104 N. Mission Rd.**  
**Los Ángeles, Ca. 90033**  
**ATTN: Notificaciones**

Los formularios pueden enviarse a nuestra oficina por fax al:(323) 222-0343 para un servicio mas rapido. Para sepultación de veteranos, incluya una copia de la licencia militar del veterano, DD 214 o Reclamo del Veterano. Tenga en cuenta que, si se determina que el difunto no es elegible para la sepultación de veteranos y la familia no hace arreglos privados, entregaremos los restos a la funeraria del condado de Los Ángeles para su cremación. Si tiene alguna pregunta o dificultad para completar el papeleo, comuníquese con nuestra oficina al (323) 343-0755 durante el horario de atención habitual, de lunes a viernes, de 6:00 a. m a 5:30 p. m.

Si la documentación no se ha recibido en esta oficina en un plazo de diez (10) días hábiles a partir de la fecha de esta carta, el Condado de Los Ángeles se encargará de la disposición según las instrucciones del Departamento del Médico Forense (Department of Medical Examiner) del condado de Los Ángeles (Código de Salud y Seguridad de California, secciones 7104(a), 7104.1, 7108 y 7109). ***Tenga en cuenta que, si el condado de Los Ángeles incinera al difunto y se determina que la familia tenía los medios económicos para un servicio privado, el condado de Los Ángeles puede cobrarle a la familia hasta tres (3) veces la cantidad de los costos incurridos por el condado de Los Ángeles. Además, tenga en cuenta que, según el artículo 7103(a) del Código de Salud y Seguridad, "toda persona a la que la ley imponga la obligación de inhumar un cadáver que no cumpla dicha obligación dentro de un plazo razonable es culpable de un delito menor".***

Por favor acepte nuestro más sincero pésame por la pérdida de su ser querido. Si podemos ayudarlo en algo más, por favor comuníquese con nosotros.

Gracias  
Oficina de Operaciones  
Sección de Notificaciones/Identificaciones

**Accreditations:**

*National Association of Medical Examiners (Provisional)*  
*California Medical Association-Continuing Medical Education*  
*Accreditation Council for Graduate Medical Education*

*ANAB ISO/IEC 17025:2017 Forensic Science Testing Laboratories*  
*Peace Officer Standards and Training Certified*

5

Please read and answer all questions before signing

Was the decedent legally married at the time of death? Yes No
Does the decedent have any living adult children? Yes No
Does the decedent have any living minor children? Yes No
Does the decedent have any living parents? Yes No

Favor de leer y contestar todas las preguntas antes de firmar

¿El difunto estuvo casado legalmente? Si No
¿El difunto tiene hijos vivientes menores de 18 años? Si No
¿El difunto tiene hijos vivientes menores de edad? Si No
¿El difunto tiene padres vivientes? Si No

Case No.

Case Name

HEALTH AND SAFETY CODE § 7100 • CUSTODY AND DUTY OF INTERMENT

WARNING: The person signing this Order for Release is liable for all damages caused by any untruthful statements contained in this document. (Health and Safety Code Section 7110). It is also a criminal offense to knowingly file a false statement with a government agency. (Penal Code Section 115 and 470)

- (1) An agent under a power of attorney for health care who has the right and duty of disposition under Division 4.7 (commencing with Section 4600) of the Probate Code;
(2) The competent surviving spouse;
(3) The sole surviving competent adult child of the decedent or, if there is more than one competent adult child of the decedent, the majority of the surviving competent adult children.
(4) The surviving competent parent or parents of the decedent. If one of the surviving competent parents is absent, the remaining competent parent shall be vested with the rights and duties of this section after reasonable efforts have been unsuccessful in locating the absent surviving competent parent.
(5) The sole surviving competent adult sibling of the decedent or, if there is more than one surviving competent adult sibling of the decedent, the majority of the surviving competent adult siblings.
(6) The surviving competent adult person or persons respectively in the next degrees of kinship;
(7) A conservator of the person or estate appointed under Part 3 (commencing with Section 1800) of Division 4 of the Probate Code when the decedent has sufficient assets.
(8) The public administrator

Therefore, please release the body upon completion of your death investigation of said deceased to:

NAME OF MORTUARY

NAME OF NEXT-OF-KIN

(PLEASE PRINT LEGIBLY)

RELATIONSHIP

NEXT-OF-KIN'S SIGNATURE

ADDRESS

CITY

STATE

ZIP CODE

TELEPHONE NUMBER

DATE SIGNED

IF THE LEGAL NEXT-OF-KIN IS NOT HANDLING, PLEASE ENTER NEXT-OF-KIN INFORMATION BELOW AND EXPLAIN WHY THEY ARE NOT HANDLING. ATTACH SUPPORTING AUTHORIZATION DOCUMENTS, E.G. WILLS, POWER OF ATTORNEY, FAXES, ETC.

NAME

RELATIONSHIP

ADDRESS / CITY / STATE / ZIP CODE

TELEPHONE NUMBER

CÓDIGO SALUD Y SEGURIDAD • § 7100 • CUSTODIA Y OBLIGACIÓN DE ENTIERRO

AVISO: La persona que firma este documento será responsable de su contenido y responderá por cualquier daño(s) producto de cualquier información falsa contenida en el mismo. (Sección 7110 Del Código De Salud y Seguridad) Además, es una ofensa criminal proveer información falsa a propósito a una entidad del gobierno. (Código Penal Sección 115 y 470)

- (1) Un agente con un poder notarial para decisiones de la salud, el cual tiene el derecho y el deber de la disposición conforme a la División 4.7 (comenzando con la Sección 4600) del Código de Sucesiones;
(2) El cónyuge sobreviviente competente;
(3) El único hijo sobreviviente adulto competente del difunto o, si hay más de un hijo adulto competente, el consenso de la mayoría de los hijos adultos sobrevivientes competentes.
(4) El padre sobreviviente competente o a los padres del difunto. Si uno de los padres competentes supervivientes está ausente, el padre competente presente se le concederá a los derechos y deberes de esta sección siempre y cuando esfuerzos razonables para localizar al padre ausente no han tenido éxito.
(5) El único hermano adulto sobreviviente competente del difunto o, si hay más de un hermano adulto sobreviviente competente del difunto, el consenso de la mayoría de los hermanos adultos sobrevivientes competentes.
(6) El sobreviviente adulto competente o personas, en los grados de parentesco próximo.
(7) Si el difunto tiene activos suficientes, un tutor del individuo o de la propiedad, designado de acuerdo a la Parte 3 (comenzando con la Sección 1800) del 4° Capítulo del Código de Sucesiones.
(8) El administrador público cuando el fallecido tiene activos suficientes.

Por lo tanto, tras la finalizar la investigación de la muerte del susodicho individuo, favor de entregar sus restos a:

NOMBRE DE FUNERARIA

NOMBRE DE PARENTESCO

(ESCRIBÁ EN LETRA DE MOLDE)

PARENTESCO

FIRMA DE PARENTESCO

DIRECCION

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

NUMERO DE TELEFONO

FECHA DE FIRMA

SI USTED NO ES EL PARIENTE PRÓXIMO DE ACUERDO A LA LEY, FIRME Y EXPLIQUE PORQUE EL PARIENTE PRÓXIMO NO ESTÁ HACIENDO LOS TRÁMITES EN ESTE ASUNTO. SI ES EL ALBACEA DEL TESTAMENTO, FAVOR DE INCLUIR UNA COPIA DEL MISMO JUNTO A ESTE DOCUMENTO.

PARIENTE PRÓXIMO

PARENTESCO

DIRECCION / CIUDAD / ESTADO / CODIGO POSTAL

NUMERO DE TELEFONO



"Enriching Lives"

# COUNTY OF LOS ANGELES

## DEPARTMENT OF MEDICAL EXAMINER

1104 N. MISSION RD, LOS ANGELES, CALIFORNIA 90033



**Odey C. Ukpo, M.D., M.S.**  
Chief Medical Examiner

### DATOS ESTADÍSTICOS DE HOJA DE CÁLCULO PARA CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Proporcione la información de abajo usando los datos del difunto (si los conoce), no los suyos.

**Escriba a máquina o con letra de molde legible.**

1A. NOMBRE DEL DIFUNTO NOMBRE (DE PILA)		1B. SEGUNDO NOMBRE		1C. APELLIDO (FAMILIA)		3. SEXO	
4. RAZA		5. HISPANO – ESPECIFIQUE <input type="checkbox"/> SI _____ <input type="checkbox"/> NO		6. FECHA DE NACIMIENTO DÍA MES, AÑO / /		7. EDAD EN AÑOS	
						SI TIENE MENOS DE 1 AÑO MESES      DÍAS	
8. ESTADO DE NACIMIENTO		9. PAÍS DE ORIGEN		10A. NOMBRE COMPLETO DEL PADRE DEL DIFUNTO		10B. ESTADO DE NACIMIENTO DEL PADRE	
						11a. NOMBRE COMPLETO DE SOLTERA DE LA MADRE DEL DIFUNTO	
11B. ESTADO DE NACIMIENTO DE LA MADRE		12. ¿SERVICIO MILITAR? <input type="checkbox"/> NINGUNO De            A		13. NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL		14. ESTADO CIVIL	
						15. NOMBRE DEL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE (SI ES LA ESPOSA, ESCRIBA EL NOMBRE DE SOLTERA).	
16A. OCUPACIÓN HABITUAL				16B. TIPO DE EMPRESA O INDUSTRIA			
16D. AÑOS DE TRABAJO				17. EDUCACIÓN – AÑOS COMPLETADOS			
18A. RESIDENCIA DEL DIFUNTO – CALLE Y NÚMERO O LUGAR				18B. CIUDAD			
				18C. CÓDIGO POSTAL			
18D. CONDADO DE RESIDENCIA				18E. CANTIDAD DE AÑOS EN ESTE CONDADO			
				18F. ESTADO O PAÍS EXTRANJERO			
				<b>ADJUNTE UNA COPIA DE LA BAJA MILITAR DD-214</b>			
<b>DATOS MILITARES</b>		<b>RECLUTAMIENTO</b>		<b>DÍA MES AÑO N.º DE SERIE DEL SERVICIO</b> / /		<b>TIPO DE BAJA</b>	
						<b>HONROSA</b>	
						<b>NO DATOS MILITARES DISPONIBLE</b>	
						<b>DESHONROSA</b>	

### CERTIFICADO DE HOJA DE CÁLCULO DE MUERTE FETAL

Proporcione la información que se indica (si y en los casos en que se conoce)

ESTE FETO	1A. NOMBRE – DE PILA		1B. SEGUNDO NOMBRE		1C. APELLIDO (FAMILIA)			
	2. SEXO		3A. ESTE FETO, ÚNICO, GEMELO, ETC.		3B. SI ES MÚLTIPLE, ESTE FETO ES 1.ERO, 2.DO, ETC.			
				4A. FECHA DEL ACONTECIMIENTO DÍA, MES, AÑO / /		4B. HORA – RELOJ DE 24 HORAS :		
LUGAR DEL PARTO	5A. LUGAR DEL ACONTECIMIENTO–NOMBRE DEL HOSPITAL O INSTALACIÓN				5B. DIRECCIÓN – CALLE, NUMERO DEL LUGAR			
	5C. CIUDAD			5D. CONDADO		5E. LUGAR PLANIFICADO PARA EL PARTO		
PADRE	6A. NOMBRE DEL PADRE–NOMBRE (DE PILA)		6B. SEGUNDO NOMBRE		6C. APELLIDO (FAMILIA)		7. ESTADO DE NACIMIENTO	
							8. FECHA DE NACIMIENTO DÍA, MES, AÑO	
MADRE	9A. NOMBRE DE LA MADRE–NOMBRE (DE PILA)		9B. SEGUNDO NOMBRE		9C. APELLIDO (DE SOLTERA)		10. ESTADO DE NACIMIENTO	
							11. FECHA DE NACIMIENTO DÍA, MES, AÑO / /	
PADRE	12. RAZA		13. HISPANO – ESPECIFIQUE <input type="checkbox"/> SI _____ <input type="checkbox"/> NO		14A. OCUPACIÓN HABITUAL		14B. TIPO DE EMPRESA O INDUSTRIA	
							14C. EDUCACIÓN AÑOS COMPLETADOS	
MADRE	15. RAZA		16. HISPANO – ESPECIFIQUE <input type="checkbox"/> SI _____ <input type="checkbox"/> NO		17A. OCUPACIÓN HABITUAL		17B. TIPO DE EMPRESA O INDUSTRIA	
							17C. EDUCACIÓN AÑOS COMPLETADOS	
18A. RESIDENCIA – CALLE, NÚMERO O LUGAR			18B. CIUDAD		18C. ESTADO		18D. CÓDIGO POSTAL	
							18E. CONDADO	



"Enriching Lives"

# COUNTY OF LOS ANGELES DEPARTMENT OF MEDICAL EXAMINER

1104 N. MISSION RD, LOS ANGELES, CALIFORNIA 90033



**Odey C. Ukpo, M.D., M.S.**  
Chief Medical Examiner

## COMPLETE ESTA PÁGINA SOLO SI SOLICITA LA CREMACIÓN EN EL CONDADO

En cumplimiento de las leyes del estado de California, se le proporciona la siguiente información. Lea las dos (2) citas y firme donde se indica y entregue el documento al Departamento del Médico Forense con los otros documentos que se le pide que complete. Estos documentos se mantendrán en el archivo permanente y permitirán al Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Services) del condado de Los Ángeles seguir con la cremación según sus deseos.

La sección 7051 del Código de Salud y Seguridad dice en parte: "Esta sección no prohibirá la extracción de materiales extraños, marcapasos o prótesis de los restos cremados por parte de un empleado de un crematorio autorizado antes del procesamiento final de las cenizas. El empleado puede retirar el oro o la plata dentales, las joyas o los recuerdos, en la medida en que puedan identificarse, antes del procesamiento final en el equipo de tal manera que no procese estos materiales. Sin embargo, el oro y la plata dentales, las joyas o los recuerdos que se retiren deberán devolverse a la urna o al contenedor de restos incinerados, a menos que la persona o personas que tengan derecho a controlar la disposición indiquen lo contrario".

7054.7(b) dice: "Los reconocimientos por escrito de la persona con derecho a controlar la disposición de los restos cremados los obtendrá la persona con quien se hagan los arreglos para la disposición de los restos en un formulario que incluya, entre otros, la siguiente información: "el cuerpo humano se quema con el ataúd, el contenedor u otro material en la cámara de cremación. Durante las cremaciones, el contenido de la cámara puede moverse para facilitar la incineración. La cámara está compuesta de cerámica u otro material, que se desintegra ligeramente durante cada cremación, y el producto de esa desintegración se mezcla con los restos incinerados. Casi todo el contenido de la cámara de cremación, compuesto por los restos cremados, el material desintegrado de la cámara y pequeñas cantidades de residuos de cremaciones anteriores, se retira junto y se tritura, pulveriza o muele para facilitar la inhumación o la dispersión. Algunos residuos permanecen en las grietas y los desniveles de la cámara. Periódicamente, la acumulación de los residuos se retira y se sepulta en una propiedad dedicada al cementerio, o se esparce en el mar. El reconocimiento deberá archivarse y conservarse, durante al menos cinco años, por la persona que disponga de los restos o los entierre".

He leído las secciones de arriba del Código de Salud y Seguridad de California y, en virtud de la Sección 710 del Código de Salud y Seguridad de California, soy una de las personas designadas con derecho a controlar la disposición de los restos.

Firma \_\_\_\_\_ Nombre En Letra De Molde \_\_\_\_\_

### Accreditations:

*National Association of Medical Examiners (Provisional)  
California Medical Association-Continuing Medical Education  
Accreditation Council for Graduate Medical Education*

*ANAB ISO/IEC 17025:2017 Forensic Science Testing Laboratories  
Peace Officer Standards and Training Certified*