



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**

PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA CESIÓN DE RESTOS O BIENES

Yo, _____ residente _____ número de teléfono: _____
 (Pariente más cercano) (Domicilio)

autorizo a _____ para que se encargué y administre la disposición de los restos de mi
 (Agente)

_____, Número de caso del forense: _____
 (Relación) (Nombre del difunto)

(Firme del pariente más cercano)

Solo complete la siguiente sección si asigna a un agente para que se encargue de las preocupaciones o asuntos relacionados con la propiedad. (Si la propiedad se va a enviar por correo, o hay más de \$500 en efectivo, entonces se necesitará obtener un Formulario de Liberación de Propiedad n.º 7 de la Sección de Propiedad del Forense y firmarlo y notarizarlo también).

Yo, _____ autorizo a _____ para que se encargué de cualquier asunto
 (Pariente más cercano) (Agente)

relacionado a la propiedad o transacción para _____, lo que incluye recoger cualquier propiedad personal del Departamento del
 (Nombre del difunto)
 Médico Forense del Condado de Los Angeles e ingresar a la vivienda del difunto, para administrar cualquier asunto sobre la propiedad o para contratar a un
 servicio de limpieza si es necesario.

(Firma del pariente más cercano)

Certificado Notarial de Reconocimiento

Estado de (_____), Condado de (_____) El ante mí, _____
 notario público, se presentó personalmente: _____

quien me demostró, sobre la base de pruebas satisfactorias, ser la persona cuyo nombre está suscrito en el presente instrumento y reconoció ante mí que lo ejecutó en su capacidad autorizada, y que mediante su firma en el instrumento la persona, o la entidad en cuyo nombre actuó, ejecutó el instrumento.

Certifico bajo **PENA DE PERJURIO** en virtud de las leyes del Estado de _____ que el párrafo anterior es verdadero y correcto.

Firma _____

PARA TIMBRE NOTARIA

OPCIONAL _____

Descripción del documento adjunto: _____

Número de páginas: _____

Fecha del documento: _____

Accreditations:

(Rev. 02/23)

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

*American Society of Crime Laboratory Directors/LAB-International
 Peace Officer Standards and Training Certified*