

5

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 padres vivientes? SI No
¿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 comenzando con la Sección 4600 del Código de Sucesiones? SI No

Case No.

Case Name

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 NUMERO DE TELEFONO DE FUNERARIA
NOMBRE DE PARENTESCO (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE) PARENTESCO FIRMA DE PARENTESCO
DIRRECCION 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 DIRRECCION / CIUDAD / ESTADO / CODIGO POSTAL NUMERO DE TELEFONO

Only to be filled out on the day of Pick up/Release.

MORTUARY ATTENDANT/DRIVER: FIRST NAME LAST NAME

NAME OF TRANSPORT COMPANY:

DATE OF PICK UP

For Medical Examiner Personnel Only

APPROVING SENIOR/SUPERVISOR CRYPT

Attending Physician: _____ Phone: _____

Address: _____ Date Last Attended: _____

Diagnosis: _____

Surgery: _____ Date: _____ Hospital: _____

WITNESSED DEATH: Yes No If no, LAST KNOWN ALIVE Date: _____ Time: _____

Date and Time Discovered: _____ Where: _____

By Whom: _____ Police Agency Investigated: Yes No

If Yes - Name and Division of Police Agency: _____

REST HOME OR CONVALESCENT HOSPITAL DEATH: Date Admitted: _____

Admitting Diagnosis: _____

TERMINAL EVENT OR HOW DISCOVERED/ KNOWN MEDICAL HISTORY, RECENT COMPLAINTS OF ILLNESSES AND ANY PERTINENT INFORMATION:

HISTORY OR EVIDENCE OF INJURY: Yes No TYPE OF INJURY: _____

Date and Time of Injury: _____ Address: _____

City: _____ State: _____

At Work: Yes No At Home: Yes No If Neither, where: _____

How Did Injury occur: _____

ALL MEDICAL EVIDENCE LIST BELOW

R No	Date Filled:	Contents:	Amount Prescribed:	Amount Remaining:
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Decedent Gender Identity: _____ Decedent Sexual Orientation: _____

THIS FORM COMPLETED BY:

DECEDENT PERSONALLY IDENTIFIED BY: / IDENTIFICACION HECHA POR:

Signed / Firma: _____

Witness / Testigo: _____

Print / Molde: _____

Print/ Molde : _____

(ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

Address / Domicilio: _____

Address/ Domicilio: _____

City / Ciudad: _____

City/ Ciudad: _____

Telephone No. / Telefono: _____

Date Signed / Fecha De Firma: _____