CONDADO DE LOS ANGELES

DEPARTAMENTO MEDICO FORENSE

1104 N. MISSION RD, LOS ANGELES, CALIFORNIA 90033

"Enriqueciendo vidas"

Odey C. Ukpo, M.D., M.S.
Director Médico Forense

PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA LIBERACIÓN DE RESTOS Y/O BIENES

Yo,_____con domicilio en_____N° de teléfono : _____
(**Pariente más cercano**) (**Domicilio**)

autorizo a _____para manejar y hacer arreglos para la disposición de los restos de mi
(**Agente**)

_____,_____,
(**Parentesco**) (**Nombre del fallecido**)

Número de caso del médico forense:_____.

_____
(**Firma del Pariente más cercano**)

Complete la siguiente sección únicamente si va a asignar a un agente para que se encargue de asuntos relacionados con la propiedad. (Si la propiedad se enviará por correo o si hay más de $500 en efectivo, deberá obtener el Formulario de Autorización de Propiedad N.° 7 del Art. de Propiedades del Médico Forense, el cual deberá firmarse y certificarse ante notario.)

Yo,_____autorizo_____para manejar cualquier asunto o transacción
(**Pariente más cercano**) (**Agente**)

relacionado con propiedades de _____, para incluir la retirada de cualquier bien personal del Departamento
(Nombre del fallecido)

Médico Forense del Condado de Los Ángeles y para entrar en las instalaciones del fallecido para tratar cualquier asunto o problema relacionado con la propiedad, o contratar servicios de limpieza según sea necesario.

_____
(**Firma del Pariente más cercano**)

Certificado Notarial de Reconocimiento

Estado de (_____), Condado de (_____) el día de _____

ante mí,_____, Notario público, compareció personalmente: _____

_____

quien me demostró, con base y en evidencia satisfactoria, ser la(s) persona(s) cuyo(s) nombre(s) está(n) suscrito(s) en el instrumento adjunto y reconoció ante mí que él/ella/ellos ejecutaron el mismo en su(s) capacidad(es) autorizada(s), y que por su(s) firma(s) en el instrumento, la(s) persona(s), o la entidad en nombre de la cual(es) actuaron la(s) persona(s), ejecutaron 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 SELLO NOTARIAL

_____OPCIONAL_____

Descripción del documento adjunto: _____

Número de páginas: _____

Fecha del documento: _____ (Rev. 09/23)

Acreditaciones:

Asociación Nacional de Médicos Forenses (Provisional)
Asociación Médica de California - Formación médica continua

Consejo de Acreditación de la Formación Médica Superior
Certificado en Normas y Formación de Agentes de Paz