5

Por favor lea y responda todas las siguientes preguntas antes de firmar.

¿El difunto estaba legalmente casado al momento de su muerte?	Sí ☐	No ☐
¿Tiene el difunto hijos adultos vivos?	Sí ☐	No ☐
¿El difunto tiene padres vivos?	Sí ☐	No ☐
¿Dispone el difunto de un poder notarial duradero o de una directiva anticipada de asistencia sanitaria conforme al artículo 4600 y siguientes del Código Sucesorio?	Sí ☐	No ☐

Caso N°

Nombre del caso

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

"ADVERTENCIA: La persona que firma esta Orden de Liberación es responsable de todos los daños causados por cualquier declaración falsa contenida en este documento. (Artículo 7110 del Código de Salud y Seguridad). También es un delito penal presentar a sabiendas una declaración falsa ante una agencia gubernamental. (Artículo 115 y 470 del Código Penal)".

(1) Un agente en virtud de un poder para la atención médica que tiene el derecho y el deber de disposición en virtud de la División 4.7 (a partir del Artículo 4600) del Código Testamentario;

(2) El cónyuge superviviente competente;

(3) El único hijo adulto competente superviviente del difunto o, si hay más de un hijo adulto competente del difunto, la mayoría de los hijos adultos competentes supervivientes.

(4) El progenitor o progenitores supervivientes competentes del difunto. Si uno de los progenitores supervivientes competentes está ausente, el progenitor competente restante será investido de los derechos y deberes de esta sección después de que los esfuerzos razonables hayan sido infructuosos para localizar al progenitor superviviente competente ausente.

(5) El único hermano adulto competente superviviente del difunto o, si hay más de un hermano adulto competente superviviente del difunto, la mayoría de los hermanos adultos competentes supervivientes.

(6) La persona o personas adultas competentes supervivientes que se encuentren respectivamente en los siguientes grados de parentesco;

(7) Un administrador de la persona o del patrimonio designado en virtud de la Parte 3 (que comienza con el artículo 1800) de la División 4 del Código Sucesorio cuando el difunto tenga bienes suficientes.

(8) El administrador público.

Por lo tanto, por favor, entregue el cuerpo tras la finalización de su investigación de la muerte de dicho difunto a:

NOMBRE DE LA FUNERARIA _____ NÚMERO TELEFÓNICO DE LA FUNERARIA _____

NOMBRE DEL PARIENTE MÁS PRÓXIMO (POR FAVOR, ESCRIBA LEGIBLEMENTE) _____ PARENTESCO _____ FIRMA DEL PARIENTE MÁS PRÓXIMO _____

DOMICILIO _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____ NÚMERO DE TELEFONO _____ FECHA DE FIRMA _____

SI EL PARIENTE MÁS PRÓXIMO LEGAL NO SE OCUPA, INDIQUE A CONTINUACIÓN LOS DATOS DEL PARIENTE MÁS PRÓXIMO Y EXPLIQUE POR QUÉ NO SE OCUPA. ADJUNTE DOCUMENTOS ACREDITATIVOS DE LA AUTORIZACIÓN, POR EJEMPLO, TESTAMENTOS, PODERES, FAXES, ETC.

NOMBRE _____ PARENTESCO _____ DOMICILIO / CIUDAD / ESTADO / CODIGO POSTAL _____ NÚMERO TELEFONICO _____

Sólo debe rellenarse el día del retiro/liberación.

AUXILIAR DE MORGUE/CONDUCTOR: _____
NOMBRE **APELLIDO**

NOMBRE DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE: _____

FECHA DE RETIRO _____

Solo para personal médico forense

SUPERIOR/SUPERVISOR QUE APRUEBA _____ **CRIPTA** _____

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL FALLECIDO AL DORSO

Condado de Los Angeles INFORMACIÓN OBTENIDA POR LA MORGUE DE LA FAMILIA Departamento Médico Forense

Medico asistente:_____ Teléfono:_____

Domicilio:_____ Fecha de última asistencia:_____

Diagnostico:_____

_____

Cirugía:_____ Fecha:_____ Hospital:_____

PRESENCIÓ LA MUERTE: ☐ Sí ☐ No Si no, ÚLTIMO CONOCIDO VIVO Fecha:_____ Hora:_____

Fecha y hora de descubrimiento:_____ Donde:_____

Por quién:_____ Agencia de policía investigada: ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo - Nombre y División de la Agencia de Policía:_____

MUERTE EN CASA DE REPOSO O HOSPITAL DE CONVALECENCIA: Fecha de ingreso:_____

Diagnóstico de Admisión: _____

_____

EVENTO TERMINAL O CÓMO SE DESCUBRIÓ/CONOCIÓ HISTORIAL MÉDICO, QUEJAS RECIENTES DE ENFERMEDADES Y CUALQUIER INFORMACIÓN PERTINENTE:

_____

_____

_____

_____

HISTORIA O EVIDENCIA DE LESIÓN: ☐ Sí ☐ No TIPO DE LESIÓN: _____

Fecha y hora de la lesión:_____ Domicilio:_____

Ciudad:_____ Estado:_____

Trabajo: ☐ Sí ☐ No En casa: ☐ Sí ☐ No Si ninguna, donde:_____

¿Cómo se produjo la lesión?: _____

_____

TODAS LAS EVIDENCIAS MÉDICAS DEBAJO

℞ Nº	Fecha Completada:	Contenidos:	Cantidad Prescrita:	Cantidad Remanente:

Identidad de género del difunto:_____ Orientación sexual del difunto:_____

ESTE FORMULARIO FUE COMPLETADO POR:

DECEDENT PERSONALLY IDENTIFIED BY: / IDENTIFICACIÓN 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. / Teléfono:_____ Date Signed / Fecha de Firma: _____