FORMULARIO DE SOLICITUD DE MUESTRA DE ADN

Department *of* Health & Human Services
Medical Examiner

Envíelo por correo a: La Oficina del Médico Forense de Utah
4451 South 2700 West, Taylorsville UT 84129

Teléfono: 801-816-3850
Fax: 801-964-1240

INFORMACIÓN DEL DIFUNTO

Nombre: _____

Número de caso OME (si lo sabe): _____

Fecha de fallecimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____

TIPO DE MUESTRA SOLICITADO

La solicitud debe ir acompañada de una tarifa de tramitación de $25.00. Haga el cheque/money order a nombre de Utah Medical Examiner's Office.

☐ Prueba de ADN para establecer la paternidad ☐ Otro (especifique): _____

Los familiares más cercanos deben comunicarse con el centro de pruebas, obtener un número de referencia para su solicitud y realizar el pago al centro de pruebas antes de enviar este formulario a la Oficina del Médico Forense.

INFORMACIÓN DEL CENTRO DE PRUEBAS

Número de referencia: _____ Nombre de la instalación: _____

Contacto de la instalación: _____ Teléfono de la instalación: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

FAMILIAR MÁS CERCANO QUE AUTORIZA LA SOLICITUD

☐ Cónyuge actual ☐ Hermano/a ☐ Abuelo/a ☐ Tutor Legal (Adjuntar orden judicial)

☐ Hijo/a (18+) ☐ Padre/ Madre ☐ Nieto/a (18+) ☐ Representante Legal (Adjuntar orden judicial)

Nombre: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Firma: _____ Fecha: _____

El formulario debe enviarse a la oficina del médico forense en un plazo de 90 días a partir de la certificación notarial.

Estado de: _____ Condado de: _____

Suscrito y jurado ante mí este _____ día de _____, 20___

_____
Notario Público

(sello notarial) Mi comisión expira: _____

Los registros que mantiene la Oficina del Médico Forense se clasifican como confidenciales, y cualquier divulgación de los mismos deberá ajustarse a las disposiciones de las secciones 26B-8-2 (3) y 26-4-17 (2) y (3) del Código de Utah.