

Formulario de solicitud de registros a La Oficina del Médico Forense de Utah

Envíelo por correo a La Oficina del Médico Forense de Utah

4451 Sur 2700 Oeste

Taylorsville, UT, 84129



Información del difunto

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Fecha de fallecimiento: _____

Número de caso OME (si se conoce): _____

Tipo de registros solicitados

*Se aplican tarifas. Haga el cheque/giro postal a la orden de Utah Medical Examiner's Office.

Informe de autopsia/toxicología Otro (especifique) _____

Envíe el material solicitado a

Relación:

Familiar más cercano Agencia jurídica Agencia de seguros Otra (especifique) _____

Agencia (si procede): _____

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Familiar más cercano que autoriza la solicitud

Cónyuge actual Hermano o hermana Hijo (mayor de 18 años) Padre o madre Abuelo

Nieto (18+) Tutor legal (adjuntar documentación) Representante legal (adjuntar documentación)

Nombre: _____

Teléfono: _____ Email: _____

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: _____

La Oficina del Médico Forense de Utah

Teléfono: 801-816-3850

Número de fax: 801-964-1240

Junio de 2025