

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTROS



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 REGISTROS SOLICITADOS

*Podrían aplicarse cargos. Haga el cheque/money order a nombre de Utah Medical Examiner's Office.

☐ Informe de autopsia/toxicología ☐ Otro (especifique): _____

ENVÍE EL MATERIAL SOLICITADO A

POR: ☐ Correo ☐ Correo electrónico

☐ Pariente más cercano ☐ Agencia legal ☐ Agencia de seguros ☐ Otro (especifique) _____

Agencia (si procede): _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Correo electrónico: _____

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 ____

(sello notarial)

Notario Público

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.