

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTROS



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.