



**OFICINA DEL FORENSE DEL CONDADO DE SAN MATEO**

Robert J. Foucrault, forense  
50 Tower Road San Mateo, CA 94402  
Teléfono: (650) 312-5562 Fax: (650) 571-6258

**Solicitud de autopsia privada**

**Información de la persona fallecida**

Nombre de la persona fallecida: \_\_\_\_\_

Fecha del fallecimiento: \_\_\_\_\_

Lugar del fallecimiento: \_\_\_\_\_

**Persona que presenta la solicitud**

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con la persona fallecida: \_\_\_\_\_

Documentación legal proporcionada

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

**Autorización:**

Soy la persona autorizada por ley para indicar la disposición de los restos de la persona fallecida mencionada arriba. *Iniciales* \_\_\_\_\_

Autorizo al patólogo examinador a extraer tejidos, órganos u otras muestras y a preservar o aportar dichas muestras para fines de diagnóstico, terapéuticos u otros fines científicos que el forense del condado de San Mateo considere apropiados. *Iniciales* \_\_\_\_\_

Autorizo al médico forense y al patólogo examinador a recibir información médica de la persona fallecida mencionada arriba de acuerdo con el Código Civil de California, artículo 56.10(b)(8). *Iniciales* \_\_\_\_\_

Entiendo que el costo de la autopsia es de \$3675.00 y que la tarifa se deberá pagar antes del inicio de cualquier investigación o autopsia. Entiendo que será mi responsabilidad pagar todas las pruebas que pueda solicitar el forense para determinar la causa del fallecimiento. *Iniciales* \_\_\_\_\_

Esta autorización está de acuerdo con el Código de Gobierno de California, artículo 27520 y con la tarifa establecida en la Ordenanza N.º 03587, Junta de Supervisores, condado de San Mateo, estado de California.

Firmado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## OFICINA DEL FORENSE DEL CONDADO DE SAN MATEO

Robert J. Foucrault, forense  
50 Tower Road San Mateo, CA 94402  
Teléfono: (650) 312-5562 Fax: (650) 571-6258

### Solicitud de autopsia privada

#### Información general

Nombre de la persona fallecida:	
Fecha del fallecimiento:	Fecha de nacimiento:
¿Se informó a esta oficina en el momento del fallecimiento? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Número de caso:	

#### Información del médico

##### *Médico de atención primaria*

Nombre:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono: (casa)	(trabajo)	(teléfono móvil)	

##### *Especialista/Otro:*

Nombre:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono: (casa)	(trabajo)	(teléfono móvil)	

##### *Especialista/Otro:*

Nombre:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono: (casa)	(trabajo)	(teléfono móvil)	

##### *Hospitalizaciones/Centros médicos*

Hospital:	N.º de historia clínica:
Hospital:	N.º de historia clínica:
Hospital:	N.º de historia clínica: