



**Orange County Sheriff-Coroner Department**  
**Autorización de examinador médico**

\*\*\*\*\* Por favor envíe por Fax: 714-647-7426 o Correo electrónico: Coroner\_Requests@ocsd.org\*\*\*\*\*

Para preguntas, por favor llame: 714-647-7400

Número de caso #: _____	Nombre del difunto: _____
-------------------------	---------------------------

Yo, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ del difunto  
Su Nombre Aquí Su relación con el difunto

- Como el  **Familiar/ Pariente legal más cercano**  
 **Poder legal duradero**  
 **Otro:** \_\_\_\_\_

Le autorizo al Orange County Coroner's Office a permitir a:

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

- Para dirigir los trámites de:  **CUERPO**  
(Seleccione uno)  **PERTENENCIAS**  
 **CUERPO Y PERTENENCIAS**

Mi información de contacto: Su Domicilio \_\_\_\_\_  
 Su Número de Teléfono \_\_\_\_\_

- Licencia de conducir:** Estado \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_  
 **Tarjeta de identificación:** Estado \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_  
 **Pasaporte:** País \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

\*\*\* (Debe proporcionar o adjuntar una copia de su identificación legal para verificar su identidad) \*\*\*

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Su Firma Fecha de hoy

**Yo afirmo que lo precedente es verdadero y correcto y que yo tengo la autoridad legal para dirigir la disposición del cuerpo y/o pertenencias como está indicado aquí.**

Uso exclusivo de la oficina

Date and Time Received: _____	Deputy: _____	ID Verified: _____
OCCO: _____	FIELD: _____	FAX: _____
OCPA: _____		CME UPDATED: _____