



Orange County Sheriff-Coroner Department
Autorización de examinador médico

***** [Por favor envíe por Fax: 714-647-7426 o Correo electrónico: Coroner_Requests@ocsheriff.gov](mailto:Coroner_Requests@ocsheriff.gov)*****

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: _____