



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

Robert J. Foucrault, médico forense  
225 37<sup>th</sup> Avenue, 3.<sup>er</sup> Piso, Suite A31, San Mateo, CA 94403  
Teléfono (650) 312-5562 Fax: (650) 571-6258

**Solicitud de autopsia privada**

**Información del fallecido**

**Nombre del fallecido:** \_\_\_\_\_

**Fecha de fallecimiento:** \_\_\_\_\_ **Lugar de fallecimiento:** \_\_\_\_\_

**Persona(s) solicitante(s)** *(deben ser todos parientes legales más cercanos o apoderados duraderos autorizados para la atención médica)*

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

**Parentesco con el fallecido:** \_\_\_\_\_  **Documentación legal proporcionada**

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Alternativo:** \_\_\_\_\_

**Autorización:**

Soy la(s) persona(s) autorizada(s) por ley para disponer de los restos mortales del difunto mencionado anteriormente. *Iniciales* \_\_\_\_\_

Autorizo al patólogo forense examinador a extraer tejidos, órganos y/u otras muestras, y a preservarlas y/o aportarlas para fines diagnósticos, terapéuticos o científicos que el médico forense del Condado de San Mateo considere apropiados. *Iniciales* \_\_\_\_\_

Autorizo al médico forense y al patólogo forense encargado de la autopsia a recibir información médica sobre el fallecido mencionado anteriormente, de conformidad con el Código Civil de California §56.10(b)(8). *Iniciales* \_\_\_\_\_

Entiendo que la tarifa base para la autopsia es de \$3,675.00 y que deberá pagarse antes del inicio de cualquier investigación o autopsia. *Iniciales* \_\_\_\_\_

Entiendo que será mi responsabilidad pagar todas las pruebas (además de la tarifa base) que solicite el médico forense para determinar el diagnóstico de fallecimiento. *Iniciales* \_\_\_\_\_

Esta autorización se ajusta al Código de Gobierno de California, sección 27520, y a la tasa establecida en la Ordenanza n.º 03587, de la Junta de Supervisores, Condado de San Mateo, Estado de California.

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

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



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

Robert J. Foucrault, médico forense  
225 37<sup>th</sup> Avenue, 3.<sup>er</sup> Piso, Suite A31, San Mateo, CA 94403  
Teléfono (650) 312-5562 Fax: (650) 571-6258

**Información general:**

Nombre del fallecido:	
Fecha de 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)	(celular)	

*Especialista/otro:*

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

*Especialista/otro:*

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

*Hospitalizaciones/centros médicos*

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