



圣马特奥县验尸官办公室

验尸官 Robert J. Foucrault

225 37th Avenue, 3rd Floor, Suite A31, San Mateo, CA, 邮编: 94403。

电话: (650) 312-5562 传真: (650) 571-6258

私人尸检申请书

死者信息

死者姓名: _____

死亡日期: _____ 死亡地点: _____

申请人 (必须全部为合法近亲属, 或经授权的医疗持久授权代理人)

姓名: _____

与死者关系: _____ 已提供法律文件

地址: _____

电话: _____ 备选联系人: _____

授权声明:

本人是法律授权的、有权处置上述死者遗体的人员。缩写签名 _____

本人授权法医病理医师提取组织、器官和/或其他样本, 并允许圣马特奥县验尸官基于其认为适当的诊断、治疗或其他科学目的对上述样本进行保存和/或利用。缩写签名 _____

本人授权验尸官及法医病理医师依据《加利福尼亚民法典》第 56.10(b)(8) 条, 获取上述死者的医疗信息。缩写签名 _____

本人知悉尸检基本费用为 3,675.00 美元, 该费用须在任何调查或尸检开始前支付。缩写签名 _____

本人知悉, 若验尸官为确定死亡原因而要求进行任何检测, 相关费用 (除基本费用外) 均由本人承担。缩写签名 _____

本授权书依据《加利福尼亚州政府法典》第 27520 条及加利福尼亚州圣马特奥县监事会第 03587 号公告所定费用标准制定。

签名: _____ 日期: _____

见证人: _____ 日期: _____



圣马特奥县验尸官办公室

验尸官 Robert J. Foucrault

225 37th Avenue, 3rd Floor, Suite A31, San Mateo, CA, 邮编: 94403。

电话: (650) 312-5562 传真: (650) 571-6258

一般信息

死者姓名:	
死亡日期:	出生日期:
死亡时是否已向本部门报备? 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 病例编号:	

医师信息

主治医师

姓名:			
地址:	城市:	州:	邮编:
电话:	(住宅电话)	(工作电话)	(手机号码)

专科医师/其他:

姓名:			
地址:	城市:	州:	邮编:
电话:	(住宅电话)	(工作电话)	(手机号码)

专科医师/其他:

姓名:			
地址:	城市:	州:	邮编:
电话:	(住宅电话)	(工作电话)	(手机号码)

住院/医疗机构

医院:	病历号:
医院:	病历号:
医院:	病历号: