



Văn phòng Giám định Y khoa  
321 University Avenue  
Philadelphia, PA 19104

Điện thoại: (215) 685-7456  
Fax: (215) 685-9465  
Email: medicalexaminer@phila.gov

Giờ Làm việc:  
Thứ Hai – Thứ Sáu. Từ 9 giờ sáng đến 4:30 chiều.

### Mẫu Yêu cầu Hồ sơ

Tên của Người quá cố: \_\_\_\_\_ Ngày Mất/Hồ sơ số: (nếu biết) \_\_\_\_\_

Tên của Người yêu cầu: \_\_\_\_\_ Quan hệ với Người quá cố: \_\_\_\_\_

Địa chỉ của Người yêu cầu: \_\_\_\_\_

Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
(số điện thoại nơi làm việc): \_\_\_\_\_

Số điện thoại (nhà/di động): \_\_\_\_\_

Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

<b>THÔNG TIN YÊU CẦU</b> (đánh dấu vào tất cả các ô thích hợp)		
	Tập Hồ sơ Hoàn chỉnh (Bao gồm Báo cáo Khám nghiệm tử thi & Độc tính)	\$50,00
	Báo cáo Khám nghiệm tử thi & Độc tính	\$35,00
	Ảnh	\$5,50 mỗi ảnh \$5,50 mỗi CD
	Tiêu bản Mô học	\$8,00 mỗi tiêu bản
<b>PHƯƠNG THỨC THANH TOÁN (đánh dấu một ô)</b> (Séc hoặc Phiếu Tiền trả cho "Thành phố Philadelphia")		
	Séc	Séc số: _____ Số tiền thanh toán: \$ _____
	Phiếu Tiền	Phiếu Tiền số: _____ Số tiền thanh toán: \$ _____
	Tạo hoá đơn cho Tôi	

***NẾU QUÝ VỊ KHÔNG PHẢI LÀ NGƯỜI THÂN THUỘC GẦN NHẤT, VUI LÒNG HOÀN THÀNH PHẦN "ỦY QUYỀN" BÊN DƯỚI  
HOẶC***

*Nếu quý vị là người được ủy quyền hoặc một tổ chức, quý vị phải nộp một lá thư chính thức có sự ủy quyền của người thân thuộc gần nhất gửi qua đường bưu điện, hoặc nộp trực tiếp trật đòi hầu toà sau khi được đóng dấu phê duyệt bởi Ban Luật pháp Philadelphia có địa chỉ tại 1515 Arch Street, Philadelphia, PA 19102.*

### **ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN**

Tôi, \_\_\_\_\_ xin ủy quyền cho \_\_\_\_\_ nhận bất kỳ/tất cả thông tin liên quan đến hoặc có trong hồ sơ này.

Chữ ký: \_\_\_\_\_ Ngày ký: \_\_\_\_\_