



Medical Examiner's Office
321 University Avenue
Philadelphia, PA 19104

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

Horario de trabajo:
De lunes a viernes de 9 a.m. a 4:30 p.m.

Formulario de solicitud de registros

Nombre del fallecido: _____ Fecha de fallecimiento/N.º de caso: (si se conoce) _____

Nombre del solicitante: _____ Relación con el fallecido: _____

Dirección del solicitante: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono (casa/celular): _____ (N.º laboral): _____

Firma: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN SOLICITADA (marcar todo lo que corresponda)			
<input type="checkbox"/>	Archivo completo del caso (incluye informes de autopsia y toxicológicos)	\$50.00	
<input type="checkbox"/>	Informes de autopsia y toxicológicos	\$35.00	
<input type="checkbox"/>	Fotos	\$5.50 cada una \$5.50 por CD	
<input type="checkbox"/>	Diapositivas de histología	\$8.00 cada una	
MÉTODO DE PAGO (marcar uno) (cheque o giro postal pagadero a "Ciudad de Filadelfia")			
<input type="checkbox"/>	Cheque	N.º de cheque	Importe abonado: \$
<input type="checkbox"/>	Giro postal	N.º de giro postal:	Importe abonado: \$
<input type="checkbox"/>	Factura a mi nombre		

SI NO ES PARIENTE CERCANO, DEBE HACER COMPLETAR LA SECCIÓN "AUTORIZACIÓN" A CONTINUACIÓN
O BIEN

Si usted es un abogado o una organización, debe enviar una carta formal con autorización del pariente cercano o enviar por correo o entregar en mano una carta de citación después de obtener un sello de aprobación del Departamento Legal de Filadelfia (Philadelphia Law Department) ubicado en 1515 Arch Street, Philadelphia, PA 19102.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Yo, _____ autorizo a _____ a recibir parte o la totalidad de la información relativa a o contenida en este archivo.

Firma: _____ Fecha de firma: _____