



Oficina del médico forense
321 University Avenue
Philadelphia, PA 19104

Teléfono: (215) 685-7456
Fax: (215) 685-9465
Correo electrónico:
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/caso _____
n.º: (si se sabe) _____

Nombre del solicitante: _____ Relación con el fallecido: _____

Dirección del solicitante: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Correo electrónico: _____

N.º de teléfono (residencia/celular): _____ (N.º de obra): _____

Firma: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN SOLICITADA (Marcar todo lo que corresponda)		
<input type="checkbox"/>	Archivo de caso completo (incluye informes de toxicología y autopsia)	\$50.00
<input type="checkbox"/>	Informes de toxicología y autopsia	\$35.00
<input type="checkbox"/>	Fotos (las fotos tomadas antes de 1996 no están en formato digital y no se pueden cargar en un CD).	\$10 cada una \$10 por CD
<input type="checkbox"/>	Cortes histológicos	\$8.00 cada uno
MÉTODO DE PAGO (marque uno) (Cheque o giro postal únicamente pagadero a "City of Philadelphia")		
<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"/>	Factúreme	

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

O

Si usted es un abogado o una organización, debe enviar por correo una carta formal con la autorización de un pariente cercano, o entregar personalmente una carta de requerimiento 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 la firma _____