



**INSTITUTO DE CIENCIAS
FORENSES DEL SUROESTE EN
DALLAS**

Teléfono: (214) 920-5900
Fax: (214) 920-5908

2355 N. Stemmons Freeway,
Dallas, Texas 75207

Oficina del Médico Forense

SOLICITUD Y EXENCIÓN PARA DISPOSICIÓN DE CADÁVERES DE BEBÉS Y NIÑOS

Yo, _____, certifico por la presente que tengo el derecho de controlar la disposición de los restos de _____, como se especifica en la sección 711.002 del Código de Salud y Seguridad. Además, certifico lo siguiente (*marque una opción*):

- No cuento con recursos económicos suficientes para aceptar la responsabilidad de la disposición de los restos, O
- Me niego a aceptar la responsabilidad de la disposición de los restos.

Por lo tanto, solicito que la Oficina del Médico Forense del Condado de Dallas (DCME) asuma la responsabilidad de la disposición de los restos, según se especifica en la sección 694.002 del Código de Salud y Seguridad*. Mediante esta solicitud, otorgo al DCME plenos derechos para disponer de los restos mediante cremación y enterrarlos en un cementerio de proveedores. Mediante esta solicitud, renuncio a todos los derechos y reclamaciones relacionados con la persona fallecida aquí descrita por cualquier persona y ordeno que, al aceptar la responsabilidad de la disposición de los restos, la DCME no incurrirá en ninguna responsabilidad civil y que no surgirá ninguna reclamación contra esa institución referente a cualquier asunto.

**La sección 694.002(b) del Código de Salud y Seguridad establece que "el Gobierno del Condado tendrá en cuenta cualquier información, incluyendo la afiliación religiosa de la persona indigente fallecida, dispuesta por parte de una persona indicada en la sección 711.002 (a) del Código de Salud y Seguridad". Por la presente, reconozco que se me ha informado de mi derecho a facilitar información para consideración por parte del Gobierno del Condado y tomo la siguiente decisión al respecto (marque una opción):*

- Deseo brindar información para consideración por parte del Gobierno del Condado (adjunte información).*
- Declino mi derecho a facilitar información para consideración por parte del Gobierno del Condado.*

Nombre en letra de imprenta (pariente cercano legal)

Parentesco con la persona fallecida

Firma (pariente cercano legal)

Fecha



Oficina del Médico Forense

INSTITUTO DE CIENCIAS FORENSES DEL SUROESTE EN DALLAS
2355 North Stemmons Freeway, Dallas, Texas 75207
214-920-5900

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FETAL

NOMBRE LEGAL DE LA PERSONA FALLECIDA (nombre, segundo nombre, apellido) <i>(opcional, a discreción de los padres)</i>		FECHA DEL PARTO (mm/dd/aaaa)	HORA DEL PARTO
SEXO	NOMBRE DEL HOSPITAL O CENTRO DE MATERNIDAD (si no es una institución, indique la dirección)		NPI DEL CENTRO:
NOMBRE LEGAL ACTUAL DE LA MADRE (nombre, segundo nombre, apellido)			FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE:
NOMBRE DE LA MADRE ANTES DEL PRIMER MATRIMONIO (nombre, segundo nombre, apellido)			LUGAR DE NACIMIENTO (estado, territorio o país extranjero)
Residencia de la madre – ESTADO		CONDADO	CIUDAD, POBLACIÓN O LOCALIDAD
DIRECCIÓN FÍSICA O LOCALIDAD RURAL		NÚM. DE APTO.	CÓDIGO POSTAL
			DENTRO DE LOS LÍMITES MUNICIPALES <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
NOMBRE DEL PADRE (nombre, segundo nombre, apellido y sufijo)		FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE:	LUGAR DE NACIMIENTO (estado, territorio o país extranjero)
ESCOLARIDAD DE LA MADRE <i>(Marque la casilla que mejor describa el grado o nivel de escolaridad finalizado más avanzado al momento del parto).</i> <input type="checkbox"/> 8.º grado o menor <input type="checkbox"/> 9.º a 12.º grado, sin diploma <input type="checkbox"/> Graduada de escuela preparatoria o GED finalizado <input type="checkbox"/> Créditos universitarios incompletos, sin título <input type="checkbox"/> Título de asociada (p. ej., AA, AS) <input type="checkbox"/> Licenciatura (p. ej., BA, AB, BS) <input type="checkbox"/> Maestría (p. ej., MA, MS, Meng, Med, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> Doctorado (p. ej., PhD o EdD) o título profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD)	¿MADRE de ORIGEN HISPANO? <i>(Marque la casilla que mejor describa si la madre es española, hispana o latina. Marque la casilla "No" si la persona fallecida no es española, hispana o latina).</i> <input type="checkbox"/> No, no es española, hispana o latina <input type="checkbox"/> Sí, es mexicana, mexicana-estadounidense o chicana <input type="checkbox"/> Sí, es puertorriqueña <input type="checkbox"/> Sí, es cubana <input type="checkbox"/> Sí, otro origen español, hispano o latino (Especifique): _____	RAZA DE LA MADRE <i>(Marque una o más razas para señalar de cuál se considera la madre)</i> <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Afroamericana <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska (Nombre de la tribu registrada o principal): _____ <input type="checkbox"/> Indoasiática <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro origen asiático (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Nativa americana <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Otra isleña del Pacífico (Especifique): _____	

HISTORIAL DE EMBARAZOS

NACIDOS VIVOS:	VIVEN ACTUALMENTE: NÚMERO: _____ <input type="checkbox"/> NINGUNO	YA FALLECIDOS:	NÚMERO: _____ <input type="checkbox"/> NINGUNO																				
CONSUMO DE CIGARRILLOS antes y durante el embarazo para cada período de tiempo. Ingrese el número de cigarrillos o el número de paquetes de cigarrillos consumidos. SI NO HAY, INGRESE "0" <u>Número promedio de cigarrillos o paquetes de cigarrillos consumidos al día:</u>		Fecha de inicio de la última menstruación normal (mm/dd/aaaa): _____ ¿La madre recibió alimentos del Programa WIC para ella misma durante este embarazo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Madre casada? (En el momento de la fecundación, del parto o en cualquier momento intermedio) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Se trasladó a la madre por indicaciones médicas, maternas o fetales para este parto? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "Sí", ingrese el nombre del centro desde el que se trasladó a la madre: _____																					
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:60%;"></th> <th style="width:10%; text-align: center;">N.º de cigarrillos</th> <th style="width:5%; text-align: center;">O</th> <th style="width:25%; text-align: center;">N.º de paquetes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tres meses antes del embarazo</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>Primeros tres meses del embarazo</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>Segundos tres meses del embarazo</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td>Tercer trimestre del embarazo</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </tbody> </table>			N.º de cigarrillos	O	N.º de paquetes	Tres meses antes del embarazo	_____	O	_____	Primeros tres meses del embarazo	_____	O	_____	Segundos tres meses del embarazo	_____	O	_____	Tercer trimestre del embarazo	_____	O	_____	FACTORES DE RIESGO EN ESTE EMBARAZO (marque todo lo que corresponda)	
	N.º de cigarrillos	O	N.º de paquetes																				
Tres meses antes del embarazo	_____	O	_____																				
Primeros tres meses del embarazo	_____	O	_____																				
Segundos tres meses del embarazo	_____	O	_____																				
Tercer trimestre del embarazo	_____	O	_____																				
FUENTE DE ATENCIÓN PRENATAL (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> CLÍNICA HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> CLÍNICA DE SALUD PÚBLICA <input type="checkbox"/> MÉDICO PRIVADO <input type="checkbox"/> PARTERA <input type="checkbox"/> NINGUNO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO OTRO (ESPECIFIQUE): _____		DIABETES <input type="checkbox"/> Pregestacional (diagnóstico anterior a este embarazo) <input type="checkbox"/> Gestacional (diagnóstico durante este embarazo) HIPERTENSIÓN <input type="checkbox"/> Pregestacional (crónica) <input type="checkbox"/> Gestacional (PIH, preeclampsia) <input type="checkbox"/> ECLAMPSIA																					
ESTATURA DE LA MADRE: PIES/PULGADAS _____ PESO DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO: _____ PESO DE LA MADRE AL MOMENTO DEL PARTO: _____		<input type="checkbox"/> NACIMIENTO PREMATURO ANTERIOR <input type="checkbox"/> OTROS DESENLACES DESFAVORABLES ANTERIORES EN EMBARAZOS (incluyendo fallecimiento perinatal, bebé pequeño para la edad gestacional o crecimiento intrauterino restringido)																					
ATENCIÓN PRENATAL: <input type="checkbox"/> NINGUNA ATENCIÓN PRENATAL		<input type="checkbox"/> EMBARAZO PRODUCTO DE UN TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD (SI LA RESPUESTA ES "SÍ", MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA) <input type="checkbox"/> FERTILIDAD (fármacos potenciadores, inseminación artificial o inseminación intrauterina) <input type="checkbox"/> TECNOLOGÍA DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA (p. ej., fertilización in vitro [FIV], transferencia intratubárica de gametos [GIFT])																					
FECHA DE LA PRIMERA CONSULTA (mm/dd/aaaa): _____ FECHA DE LA ÚLTIMA CONSULTA (mm/dd/aaaa): _____ NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES: _____		<input type="checkbox"/> LA MADRE TUVO UNA CESÁREA ANTERIOR. Si es así, ¿cuántas? _____ <input type="checkbox"/> Antirretrovirales administrados durante el embarazo o en el parto <input type="checkbox"/> NINGUNO DE LAS ANTERIORES																					
INFECCIONES PRESENTES O TRATADAS DURANTE ESTE EMBARAZO (marque todo lo que corresponda)																							
<input type="checkbox"/> NINGUNO DE LAS ANTERIORES																							
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;"><input type="checkbox"/> GONORREA</td> <td style="width:20%;"><input type="checkbox"/> CLAMIDIA</td> <td style="width:20%;"><input type="checkbox"/> ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B</td> <td style="width:20%;"><input type="checkbox"/> PARVOVIRUS</td> <td style="width:20%;"><input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE):</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SÍFILIS</td> <td><input type="checkbox"/> LISTERIA</td> <td><input type="checkbox"/> CITOMEGALOVIRUS</td> <td><input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSIS</td> <td></td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> GONORREA	<input type="checkbox"/> CLAMIDIA	<input type="checkbox"/> ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B	<input type="checkbox"/> PARVOVIRUS	<input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE):	<input type="checkbox"/> SÍFILIS	<input type="checkbox"/> LISTERIA	<input type="checkbox"/> CITOMEGALOVIRUS	<input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSIS										
<input type="checkbox"/> GONORREA	<input type="checkbox"/> CLAMIDIA	<input type="checkbox"/> ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B	<input type="checkbox"/> PARVOVIRUS	<input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE):																			
<input type="checkbox"/> SÍFILIS	<input type="checkbox"/> LISTERIA	<input type="checkbox"/> CITOMEGALOVIRUS	<input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSIS																				

La información solicitada en este formulario se utilizará para cumplimentar el certificado de defunción. Escriba en letra de imprenta esta información para asegurarse de que la ortografía sea correcta. Cualquier área que quede en blanco se completará como desconocida y será necesaria una modificación al certificado de defunción para corregir esto por cuenta propia de la familia. Por favor, cumplimente tanta información como sea posible.

Si desea reclamar objetos personales que la DCME pueda recuperar, llame al 214-920-5900, opción 1.