



**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 PERSONAS ADULTAS**

Yo, \_\_\_\_\_, certifico mediante la presente que tengo derecho a controlar la disposición de los restos de \_\_\_\_\_, como se especifica en la sección 711.002 del Código de Salud y Seguridad. Además, doy constancia de 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 las secciones 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

1. NOMBRE LEGAL DE LA PERSONA FALLECIDA (incluya alias si corresponde) (nombre, segundo nombre, apellido)		(Apellido de soltera)	2. FECHA DE DEFUNCIÓN (REAL O PRESUNTA)	
3. SEXO	4. FECHA DE NACIMIENTO	5. EDAD – Último cumpleaños (años)		6. LUGAR DE NACIMIENTO (ciudad, condado y estado o país extranjero)
7. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	8. ESTADO CIVIL AL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO ○ Casado ○ Viudo ○ Divorciado ○ Nunca se casó ○ Desconocido		9. CÓNYUGE SUPERVIVIENTE (si es la esposa, indique el <u>nombre antes del primer matrimonio</u> )	
10a. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA		10b. NÚM. DE APTO.	10c. CIUDAD O POBLACIÓN	
10d. CONDADO	10e. ESTADO	10f. CÓDIGO POSTAL	10g. DENTRO DE LOS LÍMITES MUNICIPALES ○ SÍ ○ NO	
11. NOMBRE DEL PADRE		12. NOMBRE DE LA MADRE <u>ANTES DEL PRIMER MATRIMONIO</u>		
13. LUGAR DE FALLECIMIENTO (MARQUE SOLO UNA OPCIÓN)				
SI EL FALLECIMIENTO SUCEDIÓ EN UN HOSPITAL: ○ PACIENTE HOSPITALIZADO ○ URGENCIAS/PACIENTE AMBULATORIO ○ FALLECIDO AL LLEGAR		SI EL FALLECIMIENTO SUCEDIÓ EN UN LUGAR DISTINTO A UN HOSPITAL: ○ Centro de cuidados paliativos ○ Hogar geriátrico ○ Vivienda de la persona fallecida ○ Otro (especifique)		
14. CONDADO DE FALLECIMIENTO	15. CÓDIGO POSTAL DE LA CIUDAD O POBLACIÓN (si está fuera de los límites municipales, indique el núm. de distrito electoral)		16. NOMBRE DEL CENTRO (si no es una institución, indique la dirección)	
17. NOMBRE DEL INFORMANTE (su nombre y PARENTESCO CON LA PERSONA FALLECIDA)		18. DIRECCIÓN POSTAL DEL INFORMANTE (calle y número, ciudad, estado, código postal)		
43. ESCOLARIDAD DE LA PERSONA FALLECIDA (marque la casilla que mejor describa el grado o nivel de escolaridad finalizado más avanzado al momento del fallecimiento)				
○ 8.º grado o menor ○ 9.º a 12.º grado, sin diploma		○ Graduado de escuela preparatoria o GED finalizado		○ AA, AS ○ BA, AB, BS
○ MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA		○ Doctorado (p. ej., PhD o EdD) o título profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD)		○ Créditos universitarios incompletos, sin título
45. RAZA DE LA PERSONA FALLECIDA	46. ¿ESTUVO ALGUNA VEZ EN LAS FUERZAS ARMADAS DE EE. UU.? ○ SÍ ○ No		Rama de Fuerzas Armadas:	
	¿Número de serie de documentos de licenciamiento o certificado de servicio ajustado?			
47. ¿ALGUNA VEZ FUE FUNCIONARIO DEL ORDEN PÚBLICO EN ESTE ESTADO? ○ SÍ ○ NO		48. OCUPACIÓN	49. TIPO DE EMPRESA O SECTOR	

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

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