



## Oficina del Médico Forense Condado de Franklin

2090 Frank Road

Columbus, Ohio 43223

Phone (614) 525-5290 Morgue Fax (614) 525-6002

<https://coroner.franklincountyohio.gov>



### PETICIÓN PARA LIBERAR EL CUERPO

La Oficina del Médico Forense del Condado de Franklin no liberará un(a) difunto(a) sin haber recibido previamente la PETICIÓN ORIGINAL DE LIBERACIÓN FIRMADA por el/la representante de la funeraria a la hora de la liberación, a menos que se haya utilizado un servicio comercial.

**NOMBRE COMPLETO DEL(DE LA) DIFUNTO(A):** \_\_\_\_\_

**FECHA DE FALLECIMIENTO:** \_\_\_\_\_

El(La) abajofirmante solicita que el forense del condado de Franklin libere el cuerpo del(de la) arriba mencionado(a) fallecido(a) a:

**Casa Funeraria o Crematorio:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

El(La) abajofirmante declara que él(ella) es el familiar más cercano del(de la) fallecido(a) o de otra persona autorizada por la ley para recibir los restos y tiene plena autoridad para dar permiso para la liberación del cuerpo.

**A continuación se enumera el familiar más cercano por la prioridad más alta:**

- 1. Cónyuge sobreviviente de la persona fallecida;**
- 2. Si no hay cónyuge sobreviviente, un hijo o hija adulto(a) de la persona fallecida;**
- 3. Si no hay cónyuge sobreviviente o hijo(a) mayor de dieciocho años de edad, uno de los padres de la persona fallecida;**
- 4. Si no hay cónyuge sobreviviente, hijo(a) mayor de dieciocho años de edad, o padres, un hermano o hermana adulto(a) de la persona fallecida, aunque sea medio(a) hermano(a).**

\_\_\_\_\_  
Firma del Familiar Más Cercano:

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre (Manuscrita o Imprenta)

\_\_\_\_\_  
Relación al (a la) Fallecido(a)

\_\_\_\_\_  
**Servicio Comercial (si se aplica)**