



# COUNTY OF LOS ANGELES

## DEPARTMENT OF MEDICAL EXAMINER-CORONER

1104 N. MISSION RD, LOS ANGELES, CALIFORNIA 90033



**Odey C. Ukpo, M.D., M.S.**  
**Chief Medical Examiner-Coroner**

### PODER NOTARIAL DURADERO PARA LA CESIÓN DE RESTOS O BIENES

Yo, \_\_\_\_\_ residente \_\_\_\_\_ número de teléfono: \_\_\_\_\_  
(Pariente más cercano) (Domicilio)

autorizo a \_\_\_\_\_ para que se encargué y administre la disposición de los restos de mi  
(Agente)

\_\_\_\_\_, Número de caso del forense: \_\_\_\_\_  
(Relación) (Nombre del difunto)

\_\_\_\_\_  
(Firme del pariente más cercano)

**Solo complete la siguiente sección si asigna a un agente para que se encargue de las preocupaciones o asuntos relacionados con la propiedad. (Si la propiedad se va a enviar por correo, o hay más de \$500 en efectivo, entonces se necesitará obtener un Formulario de Liberación de Propiedad n.º 7 de la Sección de Propiedad del Forense y firmarlo y notarizarlo también).**

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a \_\_\_\_\_ para que se encargué de cualquier asunto  
(Pariente más cercano) (Agente)

relacionado a la propiedad o transacción para \_\_\_\_\_, lo que incluye recoger cualquier propiedad personal del Departamento del  
(Nombre del difunto)  
Médico Forense del Condado de Los Angeles e ingresar a la vivienda del difunto, para administrar cualquier asunto sobre la propiedad o para contratar a un  
servicio de limpieza si es necesario.

\_\_\_\_\_  
(Firma del pariente más cercano)

### **Certificado Notarial de Reconocimiento**

Estado de ( \_\_\_\_\_ ), Condado de ( \_\_\_\_\_ ) El ante mí, \_\_\_\_\_  
notario público, se presentó personalmente: \_\_\_\_\_

quien me demostró, sobre la base de pruebas satisfactorias, ser la persona cuyo nombre está suscrito en el presente instrumento y reconoció ante mí que lo ejecutó en su capacidad autorizada, y que mediante su firma en el instrumento la persona, o la entidad en cuyo nombre actuó, ejecutó el instrumento.

Certifico bajo **PENA DE PERJURIO** en virtud de las leyes del Estado de \_\_\_\_\_ que el párrafo anterior es verdadero y correcto.

Firma \_\_\_\_\_

PARA TIMBRE NOTARIA

OPCIONAL \_\_\_\_\_

Descripción del documento adjunto: \_\_\_\_\_

Número de páginas: \_\_\_\_\_

Fecha del documento: \_\_\_\_\_

### **Accreditations:**

(Rev. 02/23)

*National Association of Medical Examiners*

*American Society of Crime Laboratory Directors/LAB-International*

*California Medical Association-Continuing Medical Education*

*Peace Officer Standards and Training Certified*

*Accreditation Council for Graduate Medical Education*

*Law and Science Serving the Community*