



AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE RESTOS HUMANOS

A:

Nombre del establecimiento que tiene bajo su custodia los restos humanos

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono

Número de fax

(1) Certifico que soy el familiar más cercano conforme a la Sección 7100 del Código de Salud y Seguridad del Estado de California, o un pariente que actúa en nombre del familiar más cercano, y que tengo el derecho legal de designar a la funeraria nombrada anteriormente para que se haga cargo del cuerpo de:

Nombre completo del difunto

Fecha de nacimiento

Fecha de fallecimiento

También conocido(a) como (AKA)

Número de referencia del servicio

Lugar de fallecimiento / lugar de recogida

Por lo tanto, favor de entregar los restos humanos a Valley Memorial, Inc., incluidos sus agentes.

Nombre en letra de molde del familiar más cercano o responsable

Firma

Parentesco

Dirección del familiar más cercano o responsable

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono

Fecha

FD#2471
4520 Cutter St,
Los Angeles, CA 90039
Oficina: (818) 939-0909
Fax: (818) 279-7343

Línea gratuita (818) 939-0909 www.ValleyMemorialServices.com