



Instituto de Ciencias Forenses
PO Box 11878 Caparra Heights Station
San Juan, Puerto Rico 00922-1878
Teléfono (787) 765-0615 / Fax 759-7315

División de Patología Forense

AUTORIZACIÓN PARA IDENTIFICAR EL CADÁVER

Yo, _____,
(Declarante) (Relación con el fallecido)

de _____, autorizo a _____
(Nombre del Fallecido) (Persona Autorizada)

para cumplimentar el proceso de identificación.

De manera libre y voluntaria selecciono a _____
(Nombre de la Funeraria)

para los servicios fúnebres.

Relevo de toda responsabilidad al Instituto de Ciencias Forenses y en caso de resultar falso lo antes expuesto, el Instituto tendrá la potestad para efectuar el procedimiento legal que corresponda y estime pertinente.

Firma del Declarante

(# de tarjeta de identificación del Declarante)

(Testigo, Funeraria o Acompañante del Testigo)

(# de tarjeta de Identificación del Testigo)