



TANGGAPAN NG CORONER NG SAN MATEO COUNTY

Robert J. Foucrault, Coroner
50 Tower Road San Mateo, CA 94402
Phone (650) 312-5562 Fax: (650) 571-6258

Kahilingan para sa Pribadong Autopsy

Impormasyon ng Pumanaw

Pangalan ng Namatay: _____

Petsa ng Pagkamatay: _____ Lokasyon ng Pagkamatay: _____

Humihiling na Tao

Pangalan: _____

Kaugnayan sa Namatay: _____ Nagbigay ng Address sa

Legal na Dokumento: _____

Telepono: _____ Alternatibo: _____

Pahintulot:

Ako/kami ang (mga) taong pinapahintulutan ng batas na pangasiwaan ang disposisyon ng labi ng namatay na pinangalanan sa itaas. *Mga Inisyal* _____

Pinapahintulutan ko ang nagsusuring Pathologist na mag-alis ng mga tissue, organ, at/o iba pang specimen, at na ipreserba at/o ibigay ang mga nabanggit para sa diagnosis, paggamot, o iba pang siyentipikong layunin na ituturing na naaangkop ng Coroner ng San Mateo County.
Mga Inisyal _____

Pinapahintulutan ko ang Coroner at ang nagsusuring Pathologist na makatanggap ng medikal na impormasyon para sa namatay na pinangalanan sa itaas alinsunod sa California Civil Code §56.10(b)(8).
Mga Inisyal _____

Naaunawaan ko na ang halaga ng autopsy ay \$3675.00 at babayaran ang fee bago simulan ang anumang imbestigasyon o autopsy. Nauunawaan ko na magiging responsibilidad ko na magbayad para sa anuman at lahat ng pagsusuri na maaaring hilingin ng Coroner bilang pagtatangkang matukoy ang diagnosis ng pagkamatay. *Mga Inisyal* _____

Ang pahintulot na ito ay alinsunod sa California Government Code §27520 at sa fee na nakasaad sa Ordinance No. 03587, Lupon ng Mga Superbisor, County ng San Mateo, Estado ng California.

Nilagdaan: _____ Petsa: _____

Saksi: _____ Petsa: _____



TANGGAPAN NG CORONER NG SAN MATEO COUNTY

Robert J. Foucrault, Coroner

50 Tower Road San Mateo, CA 94402

Phone (650) 312-5562 Fax: (650) 571-6258

Kahilingan para sa Pribadong Autopsy

Pangkalahatang Impormasyon

Pangalan ng Namatay:	
Petsa ng Pagkamatay:	Petsa ng Kapanganakan:
Iniulat sa tanggapanang ito sa oras ng pagkamatay? Oo <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Case Number:	

Impormasyon ng Doktor

Doktor sa Pangunahing Pangangalaga

Pangalan:			
Address:	Lungsod:	Estado:	Zip:
Telepono: (bahay)	(trabaho)		(cell)

Espesyalista / Iba pa:

Pangalan:			
Address:	Lungsod:	Estado:	Zip:
Telepono: (bahay)	(trabaho)		(cell)

Espesyalista / Iba pa:

Pangalan:			
Address:	Lungsod:	Estado:	Zip:
Telepono: (bahay)	(trabaho)		(cell)

Mga Pagpapaospital / Mga Medikal na Pasilidad

Ospital:	Medical Record #:
Ospital:	Medical Record #:
Ospital:	Medical Record #:

