

**OFFICE OF THE MEDICAL EXAMINER
GWINNETT COUNTY**

**Carol A. Terry, M.D.
Médico Forense Jefe**

320 Hurricane Shoals Road, NE
Lawrenceville, Georgia 30046-4404
Office: 678-442-3160
Fax: 678-442-3155

E-mail: gcmereport@gwinnettcounty.com

Autorización Para Liberar Restos

Nombre del difunto: _____

Fecha de muerte: _____ Fecha de nacimiento: _____ Raza/Sexo: _____

Por la presente autorizo a la Oficina del Médico Forense del Condado de Gwinnett a entregar los restos y la propiedad del difunto mencionado anteriormente a la funeraria/sociedad de cremación/servicio de transporte designado a continuación para su preparación y/o disposición adecuada.

Funeraria/Sociedad de Cremación: _____

Código postal: _____ Número de teléfono: _____

Servicio de Transporte (si aplica): _____

Estado civil del difunto al momento de su muerte: _____

Si está casado o separado, nombre del cónyuge:

Si no está casado o separado, ¿tiene el difunto algún hijo adulto (de 18 años o más) vivo?: _____

Si es así, nombres y edades: _____

Si no está casado y no tiene hijos adultos, ¿aún viven los padres del difunto?:

Si es así, nombres de los padres que aún viven: _____

Nombre IMPRESO del familiar más cercano que autoriza la liberación: _____

Relación con el difunto: _____

Dirección postal actual:

Números telefónicos: _____

Dirección de email actual: _____

FIRMA del familiar más cercano que autoriza la liberación: _____

Fecha de firma: _____

NOTA: El personal de la funeraria/sociedad de cremación debe obtener la información anterior y una firma del familiar más cercano legal. El formulario completo (en su totalidad) debe enviarse por fax al 678.442.3155 o por correo electrónico a gcmereport@gwinnettcounty.com para que el personal de la oficina lo verifique. Este formulario debe enviarse con el entendimiento de que nuestra oficina NO lo entregará sin haber recibido este formulario completo ANTES DE LA