



JOSEPH A. JACHIMCZYK FORENSIC CENTER

**Autopsy Information/Release and Funeral Director's
Authorization to Claim Form**

**Informe de autopsia/Formulario de autorización para la
entrega de cuerpos a directores de funerarias**

In accordance with state law, the Harris County Medical Examiner will perform an inquest or autopsy to determine the cause and manner of death of the decedent. If an autopsy is performed, certain organs and tissue are removed for necessary examination and testing. Upon completion of examination and testing, any organs and tissue kept by the Medical Examiner will be disposed of in accordance with health and safety guidelines.

Conforme a la ley estatal del estado de Texas, la Dirección de Medicina Forense del Condado de Harris efectuará una investigación o una autopsia para determinar la causa y manera de muerte del difunto/a. Cuando se efectúa una autopsia, se extraen ciertos tejidos para examinarlos y para efectuar las pruebas de laboratorio pertinentes. Una vez terminado el examen y las pruebas de laboratorio, las muestras de los tejidos extraídos se descartan conforme a las correspondientes reglamentaciones de salud pública y seguridad.

Release of decedent and personal effects / Entrega del difunto/a y de sus efectos personales

Case Number _____

Caso No. _____

I, _____,

Yo, _____ (parentesco)

bearing the relationship of _____,
acknowledge that I am the legal next of kin and authorize the Harris
County Medical Examiner to release the decedent named below and
his or her personal effects in the possession of the Medical Examiner

_____, confirmo
que, acorde con la ley, soy el pariente más cercano, y autorizo a la
Dirección de Medicina Forense del Condado de Harris a entregar
el cuerpo del difunto/a indicado más abajo, junto con los efectos
personales en posesión de la Dirección de Medicina Forense a

to _____
(Funeral Home) or its agent for burial or for other arrangements as
may be requested by the family.

(Funeraria), o
a su agente o representante para su sepultura o para cualesquiera
otros arreglos dispuestos por la familia.

Name of the Decedent/Nombre del difunto/a: _____

Race/Raza: _____

Date of Birth/Fecha de nacimiento: _____

Sex/Sexo: _____

Date of Death/Fecha de Muerte: _____

Printed Name and Signature of Next of Kin / Nombre y firma del pariente más cercano:

Printed/En letras de imprenta: _____

Telephone/Teléfono: _____

Signed/Firmado: _____

Street Address/Dirección: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip Code/Código Postal: _____

Witness/Testigo: _____

Street Address/Dirección: _____

City/Ciudad: State/Estado: Zip Code/Código Postal: _____

Decedent transported by/El difunto/a será transportado por: _____

Name of Crematory (if cremation is requested)/Nombre del crematorio: _____