

Please read and answer all questions before signing

5

Was the decedent legally married at the time of death? Yes No
Does the decedent have any living adult children? Yes No
Does the decedent have any living minor children? Yes No
Does the decedent have any living parents? Yes No

Case No.
Case Name

Favor de leer y contestar todas las preguntas antes de firmar

El difunto ha sido casado legalmente? SI NO
El difunto tiene hijos menores de 18 anos vivientes? SI NO
El difunto tiene hijos menores de edad vivientes? SI NO
El difunto tiene padres vivientes? SI NO

HEALTH AND SAFETY CODE • § 7100 • CUSTODY AND DUTY OF INTERMENT

WARNING: The person signing this Order for Release is liable for all damages caused by any untruthful statements contained in this document. (Health and Safety Code Section 7110). It is also a criminal offense to knowingly file a false statement with a government agency. (Penal Code Section 115 and 470)

The right to control the disposition of the remains of a deceased person unless other directions have been given by the decedent pursuant to Section 7100.1, vests in, and the duty of disposition and the liability for the reasonable cost of disposition of the remains devolves upon, the following in the order named: (1) An agent under a power of attorney for health care who has the right and duty of disposition under Division 4.7 (commencing with Section 4600) of the Probate Code; (2) The competent surviving spouse; (3) The sole surviving competent adult child of the decedent or, if there is more than one competent adult child of the decedent, the majority of the surviving competent adult children. (4) The surviving competent parent or parents of the decedent. If one of the surviving competent parents is absent, the remaining competent parent shall be vested with the rights and duties of this section after reasonable efforts have been unsuccessful in locating the absent surviving competent parent. (5) The sole surviving competent adult sibling of the decedent or, if there is more than one surviving competent adult sibling of the decedent, the majority of the surviving competent adult siblings. (6) The surviving competent adult person or persons respectively in the next degrees of kinship; (7) A conservator of the person or estate appointed under Part 3 (commencing with Section 1800) of Division 4 of the Probate Code when the decedent has sufficient assets. (8) The public administrator when the deceased has sufficient assets.

Therefore, please release the body upon completion of your death investigation of said deceased to:

Best Cremation Care (FD #2154)

NAME OF MORTUARY

NAME OF NEXT-OF-KIN

(PLEASE PRINT LEGIBLY)

RELATIONSHIP

NEXT-OF-KIN'S SIGNATURE

ADDRESS

CITY

STATE

ZIP CODE

TELEPHONE NUMBER

DATE SIGNED

NAME

RELATIONSHIP

ADDRESS / CITY / STATE / ZIP CODE

TELEPHONE NUMBER

CÓDIGO SALUD Y SEGURIDAD • § 7100 • CUSTODIA Y OBLIGACIÓN DE ENTERRO

AVISO: La persona que firma esta documento será responsable de su contenido y responderá por cualquier daño(s) producto de cualquier información falsa contenida en el mismo. (Sección 7110 Del Código De Salud y Seguridad) Además, es una ofensa criminal proveer información falsa a propósito a una entidad del gobierno. Código Penal Sección 115 y 470

El derecho a controlar la disposición de los restos de una persona fallecida, el deber de la disposición y la responsabilidad por el costo razonable de la disposición corresponde a los siguientes en el orden indicado abajo, a menos que otras direcciones hayan sido dadas por el difunto de acuerdo con la Sección 7100. 1, y (1) Un agente con un poder notarial para decisiones de la salud, el cual tiene el derecho y el deber de la disposición conforme a la División 4.7 (comenzando con la Sección 4600) del Código de Sucesiones; (2) El cónyuge sobreviviente competente; (3) El único hijo sobreviviente adulto competente del difunto o, si hay más de un hijo adulto competente, el consenso de la mayoría de los hijos adultos sobrevivientes competentes. (4) El padre sobreviviente competente o a los padres del difunto. Si uno de los padres competentes supervivientes está ausente, el padre competente presente se le concederá a los derechos y deberes de esta sección siempre y cuando esfuerzos razonables para localizar al padre ausente no han tenido éxito. (5) El único hermano adulto sobreviviente competente del difunto o, si hay más de un hermano adulto sobreviviente competente del difunto, el consenso de la mayoría de los hermanos adultos sobrevivientes competentes. (6) El sobreviviente adulto competente o personas, en los grados de parentesco próximo. (7) Si el difunto tiene activos suficientes, un tutor del individuo o de la propiedad, designado de acuerdo a la parte 3(comenzando con la Sección 1800) del 4º Capítulo del Código de Sucesiones. (8) El administrador público cuando el fallecido tiene activos suficientes.

Por lo tanto, tras la finalizar la investigación de la muerte del susodicho individuo, favor de entregar sus restos a:

Best Cremation Care (FD #2154)

NOMBRE DE FUNERALIA

NOMBRE DE PARENTESCO (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

PARENTESCO

FIRMA DE PARENTESCO

DIRRECCION

CIUDAD

ESTADO

ZONA POSTAL

NUMERO DE TELEFONO

FECHA DE FIRMA

SI USTED NO ES EL PARIENTE PRÓXIMO DE ACUERDO A LA LEY, FIRME Y EXPLIQUE PORQUE EL PARIENTE PRÓXIMO NO ESTÁ HACIENDO LOS TRÁMITES EN ESTE ASUNTO. SI ES EL ALBACEA DEL TESTAMENTO, FAVOR DE INCLUIR UNA COPIA DEL MISMO JUNTO A ESTE DOCUMENTO.

PARIENTE PRÓXIMO

PARENTESCO

DIRRECCION / CIUDAD / ESTADO / ZONA POSTAL

NUMERO DE TELEFONO

Attending Physician: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ Date Last Attended: \_\_\_\_\_  
 Diagnosis: \_\_\_\_\_

Surgery: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_

WITNESSED DEATH: Yes No If no, LAST KNOWN ALIVE Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Date and Time Discovered: \_\_\_\_\_ Where: \_\_\_\_\_

By Whom: \_\_\_\_\_ Police Agency Investigated: Yes No

If Yes – Name and Division of Police Agency: \_\_\_\_\_

REST HOME OR CONVALESCENT HOSPITAL DEATH: Date Admitted: \_\_\_\_\_

Admitting Diagnosis: \_\_\_\_\_

**TERMINAL EVENT OR HOW DISCOVERED/ KNOWN MEDICAL HISTORY, RECENT COMPLAINTS OF ILLNESSES AND ANY PERTINENT INFORMATION:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

HISTORY OR EVIDENCE OF INJURY: Yes No TYPE OF INJURY: \_\_\_\_\_

Date and time of Injury: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_

At Work: Yes No At Home: Yes No If Neither, where: \_\_\_\_\_

How Did Injury occur: \_\_\_\_\_

**ALL MEDICAL EVIDENCE LIST BELOW**

R No	Date Filled:	Contents:	Amount Prescribed:	Amount Remaining:
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

THIS FORM COMPLETED BY: \_\_\_\_\_

**DECEDENT PERSONALLY IDENTIFIED BY: / IDENTIFICATION HECHA POR:**

Signed / Firma: \_\_\_\_\_

Witness / Testigo: \_\_\_\_\_

Name (Printed: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

(ESCRIBA EN LETRA DE MOLDED)

Address / Domicilio: \_\_\_\_\_

Address / Domicilio: \_\_\_\_\_

City / Ciudad: \_\_\_\_\_

City / Cuidad: \_\_\_\_\_

Telephone No. / Telefono: \_\_\_\_\_

Date Signed / Fecha Fermada: \_\_\_\_\_