

- CERTIFICACIÓN MÉDICA PARA CREMACIÓN
- CERTIFICACIÓN MÉDICA EN CASOS POR MUERTE NATURAL EN ASILOS, RESIDENCIAS Y HOSPITALES

Estimado Colega:

El Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico tiene la responsabilidad estatutaria de investigar todos los decesos acaecidos en residencias, Casas de convalecencia, asilos, Establecimiento, Hospital y/o cualquier otra institución similar y disposición del cadáver mediante cremación.

Con el interés de cumplir este requisito de Ley cabalmente, solicitamos nos provea la información requerida en este formulario y someta el mismo junto con el Certificado de Defunción del fenecido.

Para información adicional, favor comunicarse al (787) 765-0615 extensiones 2328, 2317 o 2310 en horario de 7:30am a 4:00pm.

<b>Institución de donde proviene y/o Funeraria:</b> _____ <b>Teléfono Institución o Funeraria:</b> _____
<b>Nombre del Fallecido:</b> _____ Padecimientos o enfermedades durante el último año (por favor, detalle): _____

¿Anticipa Usted que pueda surgir duda sobre la causa, circunstancias, forma y manera de muerte del fallecido?

Sí  No Si contestó en la afirmativa, favor detalle a continuación:

---

---

¿Entiende Usted que la muerte pudiera estar relacionada con algún evento traumático (ejemplo: caídas, accidente de tránsito, intoxicación, heridas de balas, entre otros.) aunque sea de forma contributoria?  Sí  No Si contestó en la afirmativa, favor detalle a continuación:

---

---

Si Usted determinó que la causa de la muerte se debió a Pulmonía, Sepsis o Hematoma Subdural, favor brindar breve explicación:

---

---

¿Existe alguna razón de su parte para oponerse a que el Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico expida el permiso correspondiente para la disposición del cadáver sin necesidad de autopsia?

Sí  No Si contestó en la afirmativa, favor detalle a continuación:

---

---

¿Existe alguna sospecha que la muerte esté relacionada a la enfermedad infecciosa COVID-19?

Sí  No Si contestó en la afirmativa, favor detalle a continuación:

---

---

¿Las muestras COVID-19 fueron tomadas?  Sí  No De ser afirmativa la contestación, favor indicar ¿dónde? y ¿cuándo?:

---

---

¿Entiende Usted que la muerte del paciente está asociada de manera directa o indirecta a un evento atmosférico?

Sí  No De ser afirmativa la contestación, favor de explicar a continuación:

---

---

Nombre del Médico: _____	Firma del Médico: _____
Número de Licencia: _____	Fecha: _____
Teléfono: _____	

**Para Uso Solamente del Instituto de Ciencias Forenses**

Núm. ICF: _____	Fecha recibo de documentos: _____
VoBo del Patólogo: _____	Fecha: _____