



**DIVISIÓN INVESTIGACIÓN MÉDICO LEGAL  
SECCIÓN DE PATOLOGÍA FORENSE**

**AUTORIZACIÓN DE CAMBIO DE FUNERARIA**

Yo, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ vecino  
Nombre completo Edad  
 de \_\_\_\_\_ y  
Calle, número, urbanización, barrio  
 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.  
Relación con el fallecido Nombre del fallecido

Luego de haber autorizado a la Funeraria \_\_\_\_\_  
 a recoger el cadáver en el Instituto de Ciencias Forenses y ofrecer los servicios fúnebres,  
 intereso que sea la Funeraria \_\_\_\_\_  
 la que se haga responsable de éste servicio.

Relevo de toda responsabilidad al Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico, en caso de  
 resultar falso lo antes expuesto. El Instituto tendrá la potestad para efectuar el procedimiento  
 legal que corresponda y estime pertinente.

En virtud de la Ley Núm. 135 del 1 de septiembre de 2020, según enmendada.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Declarante

\_\_\_\_\_  
 Núm. de Tarjeta de Identificación