



State of Maryland
Office of the Chief Medical Examiner
900 West Baltimore Street
Baltimore, Maryland 21223

SOLICITUD DE INFORME DEL MÉDICO FORENSE

NÚMERO DE CASO: _____ FECHA DE LA SOLICITUD: _____

Para solicitar una copia del informe del médico forense, por favor complete Sección I y Sección II y devuelva a la dirección:

Information Desk
Office of the Chief Medical Examiner
900 West Baltimore Street
Baltimore, Maryland 21223

No hay cargos para la familia más cercana, como la esposa, el esposo, la madre, el padre, los hermanos y las hermanas o los hijos. Además, habrá un cargo de \$50.00 para los demás. Aga pago a: MDH-OCME

Sección I

Nombre del fallecido: _____

Fecha de fallecimiento: _____

Sección II

Relación con el fallecido: _____

Solicitante: _____

Dirección del solicitante: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono durante el día: _____

Firma del Solicitante: _____

OCME SECTION

Report to be mailed: _____ Yes _____ No

Report picked up: (date) _____

Signature: _____

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina al (410) 333-3237 entre las 8:00 am y las 4:30 pm.

