



Rhode Island Department of Health
Office of State Medical Examiner
48 Orms Street
Providence, RI 02908-5094
Tel: 222-5500 Fax: 222-5505
www.health.ri.gov

SOLICITUD DEL REPORTE DE AUTOPSIA

Yo, _____, siendo el pariente más cercano de,
(escriba su nombre en letra de molde)

_____, quien falleció el día _____,
(nombre del fallecido)

por éste medio solicito una copia del reporte de la autopsia y que envíen el reporte a la siguiente dirección:

_____, _____, _____, _____
(numero y calle) (ciudad) (estado) (código postal)

Con ésta solicitud estoy incluyendo el cheque a nombre del "Rhode Island General Treasurer" por la suma de \$40.00, para cubrir los gastos del reporte de la autopsia.

Firma: _____ Fecha: _____