



Rhode Island Department of Health  
Office of State Medical Examiner  
48 Orms Street  
Providence, RI 02904  
Tel: 222-5500 Fax: 222-5505  
www.health.ri.gov

## SOLICITUD PARA EL REPORTE DE AUTOPSIA

---

Yo, \_\_\_\_\_  
siendo el pariente más cercano de \_\_\_\_\_  
que falleció el día \_\_\_\_\_  
solicito por éste medio una copia del reporte de la autopsia y que envíen el reporte a la  
siguiente dirección:

\_\_\_\_\_  
(Número y calle)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad)

\_\_\_\_\_  
(Estado)

\_\_\_\_\_  
(Código postal)

\_\_\_\_\_  
(Número de teléfono de casa)

\_\_\_\_\_  
(Número de teléfono celular)

Con ésta solicitud estoy incluyendo un cheque por la suma de \$40, a nombre del  
Rhode Island General Treasurer, para cubrir los gastos del reporte de la autopsia.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_