AUTORIZACIONES PARA SERVICIO

CDMX a ____ de _____ del 20_____. EXP. _____.

Responsable del servicio_____, con parentesco _____
de quien en vida llevaba el nombre de _____.

( ) Cuerpo ( ) Feto ( ) Miembro ( ) Restos Áridos

1.- Autorización de cremación o inhumación	( ) Cremación ( ) Inhumación **Nombre y dirección de panteón o horno crematorio:** _____ _____

SE ANEXA A LA PRESENTE LA SOLICITUD DE LOS SIGUENTES DOCUMENTOS:

- Copia de acta de nacimiento de la persona finada (LEGIBLE)
- Copia de identificación oficial de la persona finada, titular de servicio y persona a cargo del servio (CREDENCIA DE ELECTOR VIGENTE)
- Copia de CURP de la persona finada(ACTUALIZADA)

2.- Levantamiento de cuerpo	( ) Entrego Certificado ( ) Certificado Pendiente ( ) Sin Certificado

En pleno uso de mis facultades mentales y que la ley me otorgan, reconozco el cuerpo de mi familiar y **AUTORIZO** a **LATINOAMERICANA RECINTO FUNERAL Y SU EQUIPO OPERATIVO** para que realice el proceso de técnica de levantamiento de cuerpo

☐ Solicito el levantamiento antes de tener en mano el Certificado de defunción, mismo que mi médico de cabecera esta por entregarme, de acuerdo al historial clínico que llevaba mi familiar en vida, por lo que deslindo a **LATINOAMERICANA RECINTO FUNERAL** y asumo las responsabilidades de cualquier acto jurídico que impongan las autoridades sanitarias o autoridades competentes por la omisión de dicho proceso.

☐ Reconozco que en este momento que está presente la Funeraria Latinoamericana Recinto Funeral en mi domicilio, **NO CUENTO CON EL CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN** como lo requiere registro civil y las demás oficinas oficiales correspondientes. Así mismo solicito asesoría de los ejecutivos funerarios y el procedimiento a seguir antes de tener en mano el certificado médico de defunción. Quedando por enterado(a) que Latinoamericana Recinto Funeral puede sugerir médicos de confianza para la elaboración del certificado de defunción, no así, asumir responsabilidad de ningún tipo del orden jurídico legar por actos antiprofesionales del médico y cuando el médico solicitado pudiera realizar este certificado con un costo adicional por honorarios, deslindando a Latinoamericana Recinto Funeral y responsabilizando al doctor de mí confianza proporcionándoles los siguientes datos:

Nombre del Doctor: _____
Cédula profesional: _____ Tel.:_____
Dirección: _____
Número de Folio: _____ Firmante del certificado de defunción:_____

* Si en dado caso no se llega a tiempo o no se lograra obtener el certificado médico de defunción, ya sea por error o faltantes que no se permitan corregir en tiempo y forma, autorizo que Latinoamericana Recinto Funeral realice un nuevo certificado de defunción con un costo adicional proporcionado por ejecutivos funerarios con base en los honorarios del médico que serán cubiertos totalmente por mí.

3.- Embalsamado	( ) Si embalsamar Autorizo a **LATINOAMERICANA RECINTO FUNERAL** el proceso de tanatoplaxia (embalsamado) que se refiere a la preservación temporal de los cadáveres para su higienización y reconstrucción a través de sustancia químicas, quedando como enterado que este tiene un costo adicional de $_____, (_____) ( ) No embalsamar No autorizo el proceso de tanatoplaxia (embalsamado) y deslindo de todo a **LATINOAMERICANA RECINTO FUNERAL**, asumiendo la responsabilidad de cualquier acto jurídico que impongan las autorizadas competente por la omisión del mismo.

Protesto decir la verdad al firmar este documento para su debida constancia legal anexando copia de INE / IFE

_____

Nombre y Firma de autorizado