

**Donor's Legal Name:** \_\_\_\_\_

General Instructions	2
Vital Statistics	3
Worksheet for Education and Race/Ethnicity	4
Donation Agreement	5-16
Order for Release	17

**Willed Body Donors advance our mission,  
*Discover. Teach. Heal.***

## **General Instructions**

**UCI School of Medicine  
Willed Body Program  
252 Irvine Hall  
Irvine, California 92697-3950**

All donor registration forms must be completed and signed where indicated. The UC Donation Agreement will require a signature witnessed by two people or a Notary Public. Mail the completed forms, which include the entire donor application, to the UC Irvine Willed Body Program in the envelope provided or to the address noted above. Once the forms have been reviewed and accepted by the Program, an acknowledgement will be sent to you along with a donor identification card. Please feel welcome to call the Willed Body Program at 949-824-6061 for questions or assistance in completing the forms. All information provided will remain confidential to the extent allowed by law.

### **Vital Statistics**

The information provided is of great value to teaching and research and is also required to complete certain government forms. The information will also be used for completion and processing the **death certificate** with the State of California, Office of Vital Records. All boxes must be completed to the best of your ability. If you do not have the information for an item, write "unknown" or "none" in that space. Do not leave any blank boxes. Please PRINT all information and double check for spelling errors.

### **Worksheet for Education and Race/Ethnicity**

This form is a guide when completing certain items found on the Vital Statistics form.

### **Donation Agreement**

Please sign this form in front of two witnesses or a Notary Public (if you are signing the donation agreement for yourself). If the donation is made by the authorized agent under a valid durable power of attorney for healthcare or directive that expressly authorizes the authorized agent to make an anatomical gift of all or part of the principal's body, a complete legible copy of the durable power of attorney for health care or directive must accompany this form.

### **Order for Release**

Please sign where indicated. This form is used only when a signed release is required from a hospital or other institution.

**HOJA DE ESTADÍSTICAS DEMOGRÁFICAS  
VITAL STATISTICS WORKSHEET**

**FECHA Date** \_\_\_\_\_

**ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE - ESTA INFORMACIÓN SE UTILIZA PARA COMPLETAR EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN Please  
print legibly- this information is used to complete the death certificate**

**NOMBRE DEL DONANTE** \_\_\_\_\_ **MASCULINO** \_\_\_\_\_ **FEMENINO** \_\_\_\_\_  
Donor Name PRIMER NOMBRE First SEGUNDO NOMBRE Middle APELLIDO Last Male Female

**APODO** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO ( )** \_\_\_\_\_  
AKA Phone

**DIRECCIÓN HABITUAL** \_\_\_\_\_  
Usual address CALLE Street CIUDAD City ESTADO/CÓDIGO POSTAL Zip Code

**CONDADO DE RESIDENCIA** \_\_\_\_\_ **CANTIDAD DE AÑOS EN ESTE CONDADO** \_\_\_\_\_  
County of Residence Number of years in this County

**RAZA/GRUPO ÉTNICO** \_\_\_\_\_ **ESPAÑOL/HISPANO: Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_ **Especificar** \_\_\_\_\_  
Race/Ethnicity Spanish/Hispanic Yes No Specify

**COMPLETE LA HOJA ADJUNTA SOBRE EDUCACIÓN E IDENTIDAD RACIAL  
PLEASE COMPLETE THE ATTACHED EDUCATION AND RACE IDENTITY WORKSHEET**

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **ESTADO DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **O PAÍS EXTRANJERO** \_\_\_\_\_  
Date of Birth State of Birth or Foreign Country

**NOMBRE COMPLETO DEL PADRE** \_\_\_\_\_ **LUGAR DE NACIMIENTO DEL PADRE** \_\_\_\_\_  
Full name of father PRIMER NOMBRE First SEGUNDO NOMBRE Middle APELLIDO Last Birthplace of Father

**NOMBRE COMPLETO DE SOLTERA DE LA MADRE** \_\_\_\_\_ **LUGAR DE NACIMIENTO DE LA MADRE** \_\_\_\_\_  
Full maiden name of mother PRIMER NOMBRE First SEGUNDO NOMBRE Middle APELLIDO Last Birthplace of Mother

**NÚMERO DE SEGURO SOCIAL** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **FUERZAS ARMADAS DE EE. UU.: Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_ **Desconocido** \_\_\_\_\_  
Social Security # US Armed Forces Yes No Unknown

**ESTADO CIVIL (encerrar en un círculo una opción): NUNCA ESTUVO CASADO, CASADO, VIUDO, DIVORCIADO, PAREJA DE HECHO REGISTRADA**  
Marital status (circle one): never married, married, widowed, divorced, reg. domestic partner

**NOMBRE DEL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE (Si es la esposa, ingresar el nombre de soltera** \_\_\_\_\_  
**NAME OF SURVIVING SPOUSE (If wife, enter maiden name)** PRIMER NOMBRE First SEGUNDO NOMBRE Middle APELLIDO Last

Si está jubilado, proporcione información sobre su empleo antes de jubilarse:  
If you are now retired, please give employment information on your occupation before retirement

**EMPLEO HABITUAL** \_\_\_\_\_ **AÑOS DE EMPLEO** \_\_\_\_\_  
Usual Occupation Years in occupation

**CLASE DE INDUSTRIA O EMPRESA** \_\_\_\_\_  
Kind of Industry or Business

**EDUCACIÓN (mayor nivel/grado alcanzado - consultar hoja)** \_\_\_\_\_  
Education (highest level/degree completed- see worksheet)

**NOMBRE DEL MÉDICO** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE TELÉFONO** \_\_\_\_\_  
Name of Physician Phone No

**ESTATURA** \_\_\_\_\_ **PESO** \_\_\_\_\_ **ESTADO DE SALUD ACTUAL** \_\_\_\_\_  
Height Weight Present State of Health

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: ¿RODILLAS, CADERAS, HOMBROS, COLUMNA VERTEBRAL U OTRAS ARTICULACIONES?**  
Surgical history: knee, hip, shoulder, spine or other joint?

**¿HISTERECTOMÍA o PROSTATECTOMÍA?** \_\_\_\_\_  
Hysterectomy or Prostatectomy?

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD O TRATAMIENTO: HEPATITIS A, B o C, VIH/SIDA, TUBERCULOSIS, OTRAS (STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA [SARM], ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB)?**  
Disease History or Treatment: Hepatitis A, B or C, HIV/AIDS, Tuberculosis, others (MRSA, Creutzfeldt-jakob)?

**INFORMACIÓN MÉDICA ADICIONAL, INCLUIDAS ENFERMEDADES, OPERACIONES, ACCIDENTES:** \_\_\_\_\_  
Additional Health Information Including Illnesses, Operations, Accidents

**¿CÓMO SE ENTERÓ ACERCA DEL PROGRAMA?**  Un amigo  Sitio web del programa  Facebook/Instagram/YouTube  Periódico  
How did you hear of the program? A friend Programs Website Facebook/Instagram/YouTube Newspaper

Publicación/presentación de la UC  Consultorio médico/hospital  Directiva anticipada  Otro: \_\_\_\_\_  
UC Publication/Presentation Doctor's Office/Hospital Advanced Directive Other

**FILIACIÓN RELIGIOSA (opcional):** \_\_\_\_\_  
Religious Affiliation (Optional)

### Worksheet for Education and Race/Ethnicity (for Reference only)

Notice to Informants (aka responsible party/survivor): The information requested is essential for determining the health problems of the population groups noted below, and your cooperation is appreciated. Completion of this work sheet in conjunction with the "Certificate of Death" is mandatory.

#### DECEDENT'S EDUCATION

Check the box that best describes the highest degree or level of school completed at the time of death.

- 0-11th grade.  
Enter highest year completed:  
\_\_\_\_\_
- 12th grade, but no diploma.
- High school graduate or GED completed. Enter either HS GRADUATE or GED:  
\_\_\_\_\_
- Some college credit, but no degree
- Associate degree (e.g., AA, AS)
- Bachelor's degree (e.g., BA, AB, BS)
- Masters degree (e.g., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
- Doctorate (e.g., PhD, EdD) or Professional degree (e.g., MD, DDS, DVM, LLB, JD)

#### WAS DECEDENT SPANISH/HISPANIC/LATINO?

- No
- Yes, Mexican, Mexican, American, or Chicano
- Yes, Central American
- Yes, South American
- Yes, Cuban
- Yes, Puerto Rican
- Yes, other Spanish/Hispanic/Latino

Specify: \_\_\_\_\_

#### DECEDENT'S RACE OR ETHNICITY

(Check one or more races to indicate what the decedent considered himself or herself to be.)

Enter up to 3 races.

- White
- Black, African American, or Negro
- American Indian or Alaska Native (North, South, and Central American Indian)  
Specify Tribe(s) \_\_\_\_\_
- Native Hawaiian
- Guamanian
- Samoan
- Other Pacific Islander  
Specify: \_\_\_\_\_
- Asian Indian
- Cambodian
- Chinese
- Filipino
- Hmong
- Japanese
- Korean
- Laotian
- Vietnamese
- Other Asian  
Specify: \_\_\_\_\_
- Other  
Specify: \_\_\_\_\_

# ACUERDO DE DONACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA UNIVERSITY OF CALIFORNIA DONATION AGREEMENT

## 1. INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE DONACIÓN ANATÓMICA DE LA UC INFORMATION ON THE UC ANATOMICAL DONATION PROGRAM

El Programa de Donación Anatómica de la Universidad de California (UC) (también conocido como programa de donantes de cuerpo, donación de cuerpo, disposición de cuerpo o materiales anatómicos, pero denominado "Programa" en este documento) acepta las donaciones de cuerpos humanos para el uso por parte de diversas instituciones y personas para fines educativos y de investigación. Los objetivos del programa son los siguientes:

1. Ayudar en la formación de médicos, otros profesionales de atención médica, anatomistas, científicos forenses y técnicos forenses actuales y futuros.
2. Contribuir a la investigación científica que ayudará en el desarrollo de procedimientos y/o productos con el objetivo de mejorar la condición humana en los contextos biomédicos y científicos.

En función de las políticas y los procedimientos actuales y futuros del Programa, el Programa determinará exclusivamente la manera en que se utilizarán el cuerpo donado y los datos, incluidas las imágenes, derivados de la donación. El Programa puede ayudar a otros en el desarrollo de productos comercializados de manera limitada; por ejemplo, mediante el uso de imágenes no identificadoras en libros de texto u otras instancias en las que el beneficio principal del uso sea para educación e investigación. La Sección 3 de este acuerdo de donación ofrece información adicional sobre el uso de los cuerpos donados a la UC.

Cuando se haya completado este acuerdo y el Programa haya confirmado su registro, el donante recibirá una tarjeta de donante que contiene la información necesaria para comunicarse con el Programa al momento de la muerte.

Las donaciones serán confidenciales. Una vez que se hayan aceptado los restos del donante en el Programa, se enviará un acuse de recibo solamente a la persona o las personas designadas por el donante en esta solicitud. El término "donante" usado en este acuerdo se refiere a la persona cuyo cuerpo o cuya parte del cuerpo están sujetos a donación anatómica.

Debido a la naturaleza y variabilidad de usos para investigación científica y educación, NO se devolverán los restos cremados ni ningún derivado del proceso de cremación. Al firmar este acuerdo, usted, como donante o representante legal del donante, acepta que no se devolverán los restos y específicamente renuncia a las disposiciones de la Sección 7151.40(b) del Código de Salud y Seguridad de California, que prevén la devolución de los restos cremados a determinadas personas. El Programa no ofrecerá excepciones a esta política y recomienda a los posibles donantes considerar el impacto de esta política en sus familias o comunidades.

The UC Anatomical Donation Program at (also known as the donated body, body donation, willed body or anatomical materials program, but referred to as "Program" in this document) accepts donations of human bodies for use by various institutions and individuals for education and research purposes. The Program's goals are:

1. Assisting the education of current and future physicians, other healthcare practitioners, anatomists, forensic scientists and mortuary technicians.
2. Contributing to scientific research that will assist in development of procedures and/or products with the intent of improving the human condition in biomedical and scientific contexts.

Based on the Program's current and future policies and procedures, the Program will exclusively determine the manner in which a donated body and any data, including images, derived from the donation will be utilized. The Program may support others in the development of commercialized products in a limited manner; for example, with the use of non-identifying images in text books or other instances where the primary benefit of the use is for education and research. Section 3 of this donation agreement provides additional information about the use of bodies donated to UC.

When this agreement has been completed and the Program has confirmed registration, the donor will be provided with a Donor Card that contains the necessary information to contact the Program at the time of death.

Donations will remain confidential. Once a donor's remains have been accepted into the Program, acknowledgement will be sent only to the person, or persons, designated by a donor in this application. "Donor" as used in this agreement means the individual whose body or part is the subject of the anatomical gift.

Due to the nature and variability of uses for scientific research and education, cremated remains or any by-products of the cremation process WILL NOT be returned. By signing this agreement, you, as a donor or a donor's legal representative, acknowledge that remains will not be returned and specifically waive the provisions of California Health & Safety Code Section 7151.40(b) that provides for the return of cremated remains to certain individuals. The Program will not offer exceptions to this policy and encourages potential donors to consider the impact of this policy on their families or communities.

Iniciales \_\_\_\_\_  
Initials \_\_\_\_\_



**2. INSTRUCCIONES PARA SUPERVIVIENTES (PARTE RESPONSABLE)  
INSTRUCTIONS FOR SURVIVORS (RESPONSIBLE PARTY)**

1. Al momento de la muerte de un donante, notifique de inmediato al Programa, ya que una demora podría hacer que los restos se vuelvan inutilizables para el Programa. Asegúrese de que el cuerpo no sea embalsamado ni que de otro modo se lo someta a una preparación indebida.
2. Si bien se hará todo lo posible para aceptar el cuerpo de un donante, el Programa puede rechazar una donación al momento de la muerte según su exclusivo criterio. Aunque esta situación es poco común, considere medidas alternativas para la disposición del cuerpo en caso de que se lo considere no apto para la donación.
3. La Universidad de California acepta donaciones en todo el estado de California y, en circunstancias especiales, de estados vecinos. Una vez notificada la muerte de un donante, los donantes son generalmente recibidos por el centro del programa que está geográficamente más cerca. No obstante, la universidad tendrá la opción de:
  - a. hacer los arreglos necesarios para que algún centro del Programa de Donación Anatómica de la Universidad de California acepte el cuerpo;
  - b. negarse a aceptar la donación del cuerpo.
4. El Programa presentará un certificado de defunción en el condado donde se produce la muerte, de conformidad con el Registro Civil. La parte responsable del donante debe obtener las copias necesarias del certificado de defunción. El Programa proporcionará la información de contacto del Registro Civil local.
5. También pueden aceptarse donaciones de terceros (por ejemplo, donaciones realizadas por un apoderado designado en un poder notarial duradero para atención médica o por la persona que tiene el control sobre la disposición del cuerpo del difunto). Las personas que realizan donaciones de terceros deben firmar la documentación obligatoria que se encuentra en este acuerdo, especificando que cumplen con los criterios establecidos.
6. Al momento de la muerte de un donante, el Programa enviará una carta de acuse de recibo a un familiar o amigo (la persona o las personas que usted haya designado en los campos a continuación) o puede comunicarse con esa persona para verificar la información para el certificado de defunción o por otros motivos. Usted puede negarse a designar un destinatario o puede designar a más de una persona. Si usted firma en nombre del donante, se designa a usted mismo.

Nombre(s) \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad/estado/código postal \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono/correo electrónico \_\_\_\_\_  
 O  
 Elijo no designar a un destinatario: \_\_\_\_\_

1. Upon the death of a donor, please notify the Program of the death immediately, as a delay can result in rendering the remains unusable to the Program. Please ensure that body is not embalmed and is otherwise unprepared.
2. Although every effort will be made to accept a donor's body, the Program may decline a donation at the time of death at its sole discretion. While this situation is unusual, please consider alternative arrangements for the disposition of the body should the body be deemed unsuitable for donation.
3. The University of California accepts donations throughout the State of California and, in special circumstances, from neighboring states. Upon notification of a donor's death, donors are typically received by the campus program location that is geographically closest. However, the university shall have the option of:
  - a. arranging for the body to be accepted by any University of California Anatomical Donation Program location.
  - b. declining to accept the donation of the body.
4. The Program will have an original certificate of death filed with the county where death occurs, in compliance with the Registrar of Births and Deaths. The donor's responsible party must obtain necessary copies of the certificate of death. The Program will provide the contact information for the local Registrar.
5. Third-party donations (for example, donations made by an Agent named on a Durable Power of Attorney for Health Care or the person who has control over the disposition of the decedent's body) may also be accepted. Individuals making third-party donations must sign the required documentation found in this agreement specifying that they are compliant with the stated criteria.
6. Upon a donor's death, the Program will send an acknowledgement letter to a family member or friend (the person or persons you have designated in the fields below) or may contact that person to verify information for the certificate of death or for other reasons. You may decline to designate a recipient or you may designate more than one person. If you are signing on behalf of the donor, you may designate yourself.

Name(s) \_\_\_\_\_ Relationship(s) \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_  
 City/State/Zip code \_\_\_\_\_

Phone number/E-mail \_\_\_\_\_

OR

I elect not to name a recipient: \_\_\_\_\_

Iniciales \_\_\_\_\_

Initials \_\_\_\_\_

### 3. USO DE LOS CUERPOS DONADOS USE OF DONATED BODIES

Las donaciones de cuerpo completo pueden usarse de la siguiente manera:

1. El Programa determinará la idoneidad médica de un cuerpo donado a través de un proceso que puede incluir la revisión de registros médicos, un cuestionario sobre antecedentes médicos o sociales, y/o análisis serológicos. Los análisis pueden incluir la obtención de una muestra de sangre para la detección de hepatitis B, hepatitis C, VIH u otras enfermedades contagiosas que podrían hacer que el cuerpo se considere no apto para la donación desde el punto de vista médico. Los resultados de los análisis no se divulgarán al superviviente designado/a la parte responsable del donante, pero se informarán al Departamento de Servicios de Salud de California si así lo exige la ley.
2. El Programa puede preservar químicamente un cuerpo donado, o puede usarlo sin embalsamar como material anatómico.
3. Un cuerpo donado se puede diseccionar, examinar, estudiar y preservar durante un período considerable, lo que incluye la posibilidad de una conservación permanente, y puede usarse para más de un fin. Es posible que se quiten y se separen del cuerpo algunas partes, como las extremidades y los órganos. Los tejidos y fluidos corporales pueden analizarse y destruirse.
4. Un cuerpo y/o una parte de un cuerpo donado pueden proporcionarse a educadores, estudiantes, investigadores u otros en los campus de la Universidad de California, así como a otras instituciones educativas, investigadores, entidades sin fines de lucro y entidades empresariales, tales como las que desarrollan instrumentos quirúrgicos o productos para atención médica. Cuando se realiza una donación, los donantes, los supervivientes y/o las partes responsables **no pueden** designar los usos para los cuales se destinará el cuerpo, ni a las personas o entidades que usarán el cuerpo. La Universidad de California revisa las solicitudes de uso y las aprueba caso por caso de acuerdo con su justificación científica y educativa.
5. El Programa puede respaldar el desarrollo de productos comercializados de manera limitada cuando el beneficio principal del uso sea para educación e investigación (por ejemplo, en libros de texto o software educativo).
6. Los datos del donante, incluidos sus datos médicos e imágenes, obtenidos durante el registro, la donación o el uso pueden usarse para fines educativos y de investigación. Se quitará de los datos la información que permita identificarlos, y se almacenarán o compartirán los datos de manera segura.
7. El Programa tendrá derecho a cobrarle al investigador o educador autorizado (el usuario final) todos los costos de adquisición, preservación, almacenamiento, transporte, disposición y costos relacionados (tanto fijos como variables).
8. Si se determina que, por algún motivo, un cuerpo no puede ser usado por el Programa, ni por los educadores o investigadores autorizados a usar material anatómico donado al Programa, se lo cremará o se someterá a disposición final de conformidad con la ley de California existente. Los efectos personales recibidos con un cuerpo, incluidos anteojos, dentaduras postizas o marcapasos, pueden donarse, restaurarse o reciclarse. Otros elementos, como las prendas de vestir o la ropa de cama se desecharán.

Whole body donors may be used in the following manner:

1. The program will determine medical suitability of a donated body through a process that may include review of medical records, a medical or social history questionnaire and/or serology testing. Testing may include obtaining a blood sample to screen for Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, or other communicable diseases that may render the body as medically unsuitable for donation. Results of tests will not be disclosed to the donor's designated survivor/responsible party but will be reported to the California Department of Health Services if mandated by law.
2. A donated body may be chemically preserved by the Program or used in a non-embalmed state as anatomical material.
3. A donated body may be dissected, examined, studied, and preserved for a substantial period of time, including the possibility of permanent retention, and may be used for more than one purpose. Parts of the body such as limbs or organs may be removed and separated from the whole. Bodily fluids and tissues may be analyzed and destroyed.
4. A donated body and/or part of the body may be provided to educators, students, researchers or others at University of California campuses, as well as to other educational institutions, researchers, non-profit entities and entrepreneurial entities, such as those who develop surgical instruments or healthcare products. When a donation is made, donors, survivors and/or responsible parties **cannot** designate the uses to which the body will be put nor the persons or entities that will use the body. The University of California reviews requests for uses and approves them on a case by case basis according to their scientific and educational merit.
5. The Program may support the development of commercialized products in a limited manner when the primary benefit of the use is for education and research (for example, in textbooks, or educational software).
6. Donor data, including health data and images, derived during the registration, donation or use may be used for education and research purposes. Data will be de-identified and stored or shared securely.
7. The Program shall be entitled to recover all of its acquisition, preservation, storage, transportation, disposition and related costs (both fixed and non-fixed) from the approved researcher or educator (end-user).
8. If it is determined that, for any reason, a body cannot be used by the Program, or by any educator or researcher approved for use of anatomic material donated to the Program, it will be cremated or undergo a final disposition in a manner consistent with the existing California law. Personal belongings received with a body including eyeglasses, dentures or pacemakers may be donated, refurbished or recycled. Other items such as clothing or bedding will be discarded.

Iniciales \_\_\_\_\_



Initials

#### 4. DISPOSICIÓN DE LOS CUERPOS DONADOS DISPOSITION OF DONATED BODIES

Lo siguiente se aplica a la disposición final de los cuerpos de donantes por parte del Programa. Al firmar este acuerdo, un donante o su parte responsable autoriza al Programa y a sus representantes a disponer del donante mediante cremación u otra manera legal que pueda aprobarse al momento de la muerte.

1. Debido a que es posible que se quiten partes del cuerpo durante su uso, estas partes pueden desecharse en diferentes momentos y lugares. Una vez que se finalice el uso del cuerpo o de cualquier parte del cuerpo, el material se puede cremar o de otra manera desechar por cualquier medio permitido por la ley estatal vigente en el momento de la disposición.
2. Bajo determinadas circunstancias, las partes del cuerpo, los tejidos y los fluidos pueden someterse a disposición con material de otros donantes, de conformidad con la ley de California.
3. No se notificará a los supervivientes/las partes responsables el momento, el lugar ni la manera de disposición de un cuerpo o de una parte del cuerpo, ni la disposición final de los restos. La cremación de algunas partes del cuerpo podría no derivar en la generación de restos para disposición debido a la composición de tales partes del cuerpo.
4. El donante o la persona legalmente responsable que firma en nombre del donante expresamente renuncia a las disposiciones de la Sección 7151.40(b) del Código de Salud y Seguridad de California, que prevén la devolución de los restos cremados. Debido a la naturaleza y variabilidad de usos para investigación científica y educación, **NO** se devolverán los restos cremados ni ningún derivado del proceso de cremación.

The following applies to the ultimate disposition of donor bodies by the Program. By signing this Agreement, a donor or his/her responsible party authorizes the Program and its agents to dispose of the donor by cremation or by another legal manner that may be approved at the time of death.

1. Because parts of the body may be removed during its use, these parts may be disposed of at different times and at different locations. Upon completion of the use of the body or any part of the body, the material may be cremated or otherwise disposed of by any means permitted under state law in effect at the time of disposition.
2. Under certain circumstances, body parts, tissue and fluids may undergo disposition with material from other donors, in accordance with California law.
3. Survivors/responsible parties will not be notified of the time, place or manner of the disposition of a body or any part of a body, or of the final disposition of the remains. The cremation of some parts of the body may not result in the creation of any remains for disposition due to the composition of those body parts.
4. The donor or legally responsible person signing on behalf of the donor expressly waives the provisions of California Health & Safety Code Section 7151.40(b) that provides for the return of cremated remains. Due to the nature and variability of uses for scientific research and education, cremated remains or any by-products of the cremation process **WILL NOT** be returned.

Iniciales   
Initials

#### 5. INFORMACIÓN SOBRE CÓMO REVOCAR UNA DONACIÓN INFORMATION ON HOW TO REVOKE A DONATION

Las donaciones pueden revocarse de conformidad con el Código de Salud y Seguridad de California. El proceso para revocar una donación es diferente para una persona que dona su propio cuerpo (donación del propio cuerpo) y para una donación realizada por otro (persona autorizada). Lea a continuación y escriba sus iniciales para confirmar que comprende cómo revocar una donación.

##### 1. Donación del propio cuerpo

El donante puede revocar una donación anatómica en cualquier momento antes de la muerte. *Después de la muerte, los supervivientes/las partes responsables no pueden revocar esta donación y no pueden cambiar los términos ni las condiciones de la donación.* Al firmar este acuerdo, el donante pretende que la Universidad de California tenga el exclusivo derecho de controlar el uso y la disposición de su cuerpo en el momento de la muerte.

##### 2. Donación realizada por otra persona autorizada

Una persona autorizada, distinta del difunto, que tiene el derecho legal de realizar una donación conforme a la Sección 7150.40 del Código de Salud y Seguridad de California, puede revocar una donación anatómica solamente si, antes de que se haga una incisión o se inicie un procedimiento invasivo para preparar al donante, se informa al Programa sobre la revocación.

Donations may be revoked in accordance with the California Health and Safety Code. The process to revoke a donation is different for a person donating his/her own body (self-donation) and for a donation made by another (authorized person). Please read and acknowledge your understanding of how to revoke a donation by affixing your initials.

##### 1. Self-Donation

A donor may revoke an anatomical donation at any time prior to death. *After death, this donation cannot be revoked by survivors/responsible parties and survivors/responsible parties cannot change any term or condition of the gift.* By signing this agreement, a donor intends for the University of California to have the exclusive right to control the use and disposition of their body upon death.

##### 2. Donation made by another authorized person



An authorized person, other than the decedent, who has the legal right to make a donation according to California Health and Safety Code 7150.40, may revoke an anatomical donation only if, before an incision is made or an invasive procedure has begun to prepare the donor, the Program is made aware of the revocation.

**Iniciales** \_\_\_\_\_  
**Initials** \_\_\_\_\_

COMPLETE LA SECCIÓN 6 SI FIRMA EN SU PROPIO NOMBRE. SI FIRMA EN NOMBRE DEL DONANTE, VAYA A LA SECCIÓN 7. TENGA EN CUENTA QUE SOLAMENTE EL DONANTE O UN APODERADO CON UN PODER NOTARIAL DURADERO PARA ATENCIÓN MÉDICA PUEDE FIRMAR ANTES DE LA MUERTE DEL DONANTE.

PLEASE COMPLETE SECTION 6 IF YOU ARE SIGNING FOR YOURSELF. IF YOU ARE SIGNING ON BEHALF OF THE DONOR, PROCEED TO SECTION 7. PLEASE NOTE THAT ONLY THE DONOR OR AGENT WITH DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTHCARE MAY SIGN PRIOR TO THE DEATH OF THE DONOR.

**6. COMPLETE ESTA SECCIÓN SI FIRMA EN SU PROPIO NOMBRE.  
PLEASE COMPLETE THIS SECTION WHEN SIGNING FOR YOURSELF**

Yo, \_\_\_\_\_, por el presente, dono mi cuerpo en el momento de mi muerte a la Universidad de California de conformidad con los términos y las condiciones establecidos en este documento. Tengo, como mínimo, 18 años de edad. Tomo estos términos y condiciones descriptivos y declarativos como propios y los constituyo en las instrucciones para la disposición de mi cuerpo en el momento de mi muerte. He leído y considerado toda la información incluida en este acuerdo de donación. He colocado mis iniciales en cada sección del acuerdo para indicar que comprendo la información y deseo donar mi cuerpo de conformidad con este acuerdo.

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

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/código postal \_\_\_\_\_

Teléfono/correo electrónico \_\_\_\_\_

I, \_\_\_\_\_, hereby donate my body upon my death to the University of California pursuant to the terms and conditions set forth herein. I am at least 18 years of age. I adopt these descriptive and declarative terms and conditions as my own and make them my instructions for the disposition of my body upon my death. I have read and considered all of the information contained in this Donation Agreement. I have initialed each section of the Agreement indicating my understanding of the information and my desire to donate my body pursuant to this Agreement.

**Signature** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

Print Name \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ City/State/Zip \_\_\_\_\_

Phone/E-mail \_\_\_\_\_

**SE EXIGE LA PRESENCIA DE DOS TESTIGOS O LA CERTIFICACIÓN DE UN NOTARIO PÚBLICO**  
**TWO WITNESSES OR NOTARIZATION REQUIRED**

Este acuerdo debe estar firmado por dos testigos, de los cuales al menos uno debe ser un “testigo desinteresado”, O puede estar certificado por un notario público en lugar de los testigos si usted firma este acuerdo de donación en su propio nombre.

This agreement must be either signed by two witnesses, with at least one as a “disinterested witness”, OR may be notarized by a notary public in lieu of witnesses if you are signing this donation agreement for yourself.

**I. TESTIGOS  
WITNESSES**

El término “testigo desinteresado” se refiere a un testigo que no sea cónyuge, hijo, padre, hermano, nieto, abuelo ni tutor legal del donante, ni otro adulto que haya mostrado una atención o una preocupación especiales por el individuo.

Nosotros, los abajo firmantes, hemos presenciado la firma de este documento por parte del donante.

\_\_\_\_\_  
**Firma del testigo**

\_\_\_\_\_  
**Firma del testigo desinteresado**

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad/estado/código postal

\_\_\_\_\_  
Ciudad/estado/código postal

“Disinterested witness” means a witness other than the spouse, child, parent, sibling, grandchild, grandparent, or guardian of donor, or another adult who exhibited special care and concern for the individual.

We, the undersigned, have witnessed the signing of this document by the donor.

\_\_\_\_\_  
**Signature of Witness**

\_\_\_\_\_  
**Signature of Disinterested Witness**

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
City/State/Zip

\_\_\_\_\_  
City/State/Zip

**2. CERTIFICACIÓN  
NOTARIZATION**

**CERTIFICACIÓN DE ACTA NOTARIAL**

**CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT OF NOTARY PUBLIC**

Estado de California  
Condado de \_\_\_\_\_

El día \_\_\_\_\_, ante mí, \_\_\_\_\_  
(insertar nombre y cargo del funcionario)

comparece(n) \_\_\_\_\_, quien(es), en función de evidencia satisfactoria, demuestra(n) ser la(s) persona(s) cuyo(s) nombre(s) consta(n) en las firmas de este instrumento y quien(es) reconocen ante mí que firmó/firmaron el instrumento en su calidad de autorizado(s) y que, mediante su(s) firma(s) en el instrumento, la(s) persona(s) o la entidad en nombre de la cual actuó/actuaron ejecutó/ejecutaron el instrumento.

Certifico, bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California, que el párrafo anterior es verdadero y correcto.

EN FE DE LO CUAL, firmo y estampo mi sello oficial.

Firma \_\_\_\_\_  
(Firma del funcionario notarial)

**(Sello)**

State of California  
County of \_\_\_\_\_

On \_\_\_\_\_ before me, \_\_\_\_\_  
(insert name and title of the officer)

personally appeared \_\_\_\_\_, who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

I certify under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.

WITNESS my hand and official seal.

Signature \_\_\_\_\_ (Seal)  
(Signature of Notary Officer)

**7. COMPLETE ESTA SECCIÓN SI USTED ES CÓNYUGE, PAREJA DE HECHO REGISTRADA, APODERADO DESIGNADO EN UN PODER NOTARIAL DURADERO PARA ATENCIÓN MÉDICA O LA PERSONA QUE TIENE EL CONTROL SOBRE LA DISPOSICIÓN DEL CUERPO DEL DIFUNTO. PLEASE COMPLETE THIS SECTION IF YOU ARE THE SPOUSE, REGISTERED DOMESTIC PARTNER, AGENT NAMED IN THE DURABLE POWER OF ATTORNEY FOR HEALTHCARE OR THE PERSON WHO HAS CONTROL OVER THE DISPOSITION OF THE DECEDENT'S BODY.**

He leído y comprendo plenamente las políticas establecidas en este documento. Como parte legalmente responsable, conforme a esta sección, de \_\_\_\_\_ (nombre del difunto), deseo donar sus restos a la Universidad de California. Acepto todos los términos y condiciones establecidos en este documento y no conozco ninguna información expresa en contrario que indique que el difunto no desearía donar su cuerpo.

- \_\_\_ Soy cónyuge del donante fallecido.
- \_\_\_ Soy pareja de hecho registrada del donante fallecido.
- \_\_\_ Soy apoderado del donante mediante un poder notarial para atención médica y tengo el derecho y la obligación de disponer del cuerpo conforme a la División 4.7 (a partir de la Sección 4600) del Código de Sucesiones o he sido designado para controlar la disposición del cuerpo del donante en una directiva anticipada de atención médica. **Se debe adjuntar una copia del poder notarial duradero para atención médica o de la directiva.**
- \_\_\_ Soy solicitante declarado del donante fallecido y he completado la declaración jurada adjunta para respaldar este reclamo.

**Firma** \_\_\_\_\_ **Relación con el difunto** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/código postal \_\_\_\_\_

Teléfono/correo electrónico \_\_\_\_\_

I have read and fully understood the policies set forth in this document. As the legally responsible party under this section for \_\_\_\_\_ (name of deceased) I wish to donate his/her remains to the University of California. I accept all terms and conditions set forth in this document and I know of no express, contrary information indicating that the decedent would not want to donate his/her body.

- \_\_\_ I am the spouse of the deceased donor.
- \_\_\_ I am the registered domestic partner of the deceased donor.
- \_\_\_ I am the agent for the donor with power of attorney for health care and I have the right and duty of disposition under Division 4.7 (commencing with Section 4600) of the Probate Code or, I have been designated to control the donor's disposition in an Advance Health Care Directive. **A copy of the Durable Power of Attorney for Healthcare or Directive must be attached.**
- \_\_\_ I am the declared claimant of the deceased donor and have completed the attached affidavit in support of this claim.

**Signature** \_\_\_\_\_ **Relationship to Decedent** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

Print Name \_\_\_\_\_



Address \_\_\_\_\_ City/State/Zip \_\_\_\_\_

Phone/E-mail \_\_\_\_\_

**SE EXIGE LA PRESENCIA DE DOS TESTIGOS**  
**TWO WITNESSES REQUIRED**

Este acuerdo debe estar firmado por dos testigos, de los cuales al menos uno debe ser un “testigo desinteresado”.

**1. TESTIGOS**

El término “testigo desinteresado” se refiere a un testigo que no sea cónyuge, hijo, padre, hermano, nieto, abuelo ni tutor legal del donante, ni otro adulto que haya mostrado una atención o una preocupación especiales por el individuo.

Nosotros, los abajo firmantes, hemos presenciado la firma de este documento por parte del donante.

\_\_\_\_\_  
**Firma del testigo**

\_\_\_\_\_  
**Firma del testigo desinteresado**

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad/estado/código postal

\_\_\_\_\_  
Ciudad/estado/código postal

This agreement must be signed by two witnesses, with at least one as a “disinterested witness”.

**1. WITNESSES**

“Disinterested witness” means a witness other than the spouse, child, parent, sibling, grandchild, grandparent, or guardian of donor, or another adult who exhibited special care and concern for the individual.

We, the undersigned, have witnessed the signing of this document by the donor.

\_\_\_\_\_  
**Signature of Witness**

\_\_\_\_\_  
**Signature of Disinterested Witness**

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
City/State/Zip

\_\_\_\_\_  
City/State/Zip

**8. DECLARACIÓN JURADA PARA RESPALDAR EL RECLAMO DE CONTROL DE LA DISPOSICIÓN DE LOS RESTOS DEL CUERPO (de conformidad con la Sección 7100 del Código de Salud y Seguridad). COMPLETE ESTA SECCIÓN SI ES LA PERSONA QUE TIENE EL CONTROL DE LA DISPOSICIÓN DEL CUERPO DEL DIFUNTO.**

**AFIDAVIT IN SUPPORT OF CLAIM TO CONTROL DISPOSITION OF BODILY REMAINS (Pursuant to Health and Safety Code Section 7100). PLEASE COMPLETE THIS SECTION IF YOU ARE THE PERSON WHO HAS CONTROL OVER THE DISPOSITION OF THE DECEDENT’S BODY.**

**Nombre del difunto** \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Dirección del solicitante \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Relación con el difunto \_\_\_\_\_

**Reclamo el derecho a controlar la disposición de los restos del difunto por lo siguiente: (marque todas las opciones que correspondan)**

- El difunto me nombró para que controle la disposición de su cuerpo en un testamento o en otro documento (adjuntar una copia del documento).
- Soy (encerrar en un círculo una opción) *hijo, padre, abuelo u otro pariente cercano* del difunto. (Si es hijo del difunto, debe tener la aprobación de la mayoría de los hijos del difunto para gestionar la disposición del cuerpo. Al firmar a continuación, usted manifiesta que tiene la aprobación de la mayoría de los hijos del difunto, o que ha hecho lo razonablemente posible para notificar a todos los demás hijos del difunto que usted gestiona la disposición del cuerpo del difunto).

No conozco ninguna persona que se oponga a que yo gestione la disposición del cuerpo del difunto.

No conozco ninguna instrucción verbal o escrita del difunto, ni ningún contrato de servicios funerarios del difunto, que le otorguen el control de la disposición de los restos del difunto a otra persona.

Tengo conocimiento y he recibido una copia de la Sección 7100 del Código de Salud y Seguridad, y acepto cumplir con las disposiciones de este.

Declaro, bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de California, que el párrafo anterior es verdadero y correcto.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Name of Decedent \_\_\_\_\_

Name of Claimant \_\_\_\_\_

Address of Claimant \_\_\_\_\_

Phone Number \_\_\_\_\_

Relationship to Decedent \_\_\_\_\_

**I claim the right to control the disposition of the Decedent's bodily remains because: (check all that apply)**

- The Decedent named me to control the disposition of his or her body in a will or other document (attach a copy of the document).
- I am the Decedent's (circle one) *child, parent, grandparent or nearest other relative*. (If you are the Decedent's child, you must have the approval of the majority of the Decedent's children to arrange the disposition of the body. By signing below, you represent that you have the approval of the majority of the Decedent's children, or that you have made reasonable efforts to notify all of the Decedent's other children of your arranging the disposition of the Decedent's body).

I am not aware of any person who objects to my arranging the disposition of the body of the Decedent.

I am not aware of any written or oral instruction by the Decedent, or any contract for funeral services by the decedent, that give control of the disposition of the Decedent's remains to any other person.

I am aware of and have received a copy of Health and Safety Code Section 7100 and agree to comply with the provisions therein.

I declare under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD

### SECCIÓN 7100

7100. (a) El derecho a controlar la disposición de los restos de una persona fallecida, el lugar y las condiciones de entierro; las gestiones de los bienes y servicios funerarios que se proporcionarán, a menos que el difunto haya dado otras indicaciones conforme a la Sección 7100.1; y el deber de la disposición y la responsabilidad por el costo razonable de la disposición de los restos corresponden a los siguientes en el orden indicado abajo:

(1) Un apoderado en virtud de un poder notarial para atención médica que tiene el derecho y el deber de disponer del cuerpo conforme a la División 4.7 (a partir de la Sección 4600) del Código de Sucesiones, salvo que el apoderado esté sujeto a los costos de la disposición solamente en alguno de los siguientes casos:

(A) Cuando el apoderado hace un arreglo específico para pagar los costos de la disposición.

(B) Cuando, en ausencia de un arreglo específico, el apoderado toma decisiones con respecto a la disposición que generan costos, en cuyo caso el apoderado está sujeto solamente a los costos razonables generados como resultado de sus decisiones, en la medida en que la herencia del donante u otros fondos adecuados sean insuficientes.

(2) El cónyuge sobreviviente competente.

(3) El único hijo sobreviviente adulto competente del difunto o, si hay más de un hijo adulto competente, la mayoría de los hijos adultos sobrevivientes competentes. Sin embargo, a menos de la mayoría de los hijos adultos sobrevivientes competentes les corresponderán los derechos y deberes de esta sección si han hecho lo razonablemente necesario para notificar a todos los demás hijos adultos sobrevivientes competentes sobre sus instrucciones y no conocen ninguna oposición a tales instrucciones por parte de la mayoría de los hijos adultos sobrevivientes competentes.

(4) El/los padre(s) sobreviviente(s) competente(s) del difunto. Si uno de los padres sobrevivientes competentes está ausente, le corresponderán al otro padre competente los derechos y deberes de esta sección después de que se haya hecho lo razonablemente necesario para ubicar al padre sobreviviente competente ausente.

(5) El único hermano adulto sobreviviente competente del difunto o, si hay más de un hermano adulto sobreviviente competente del difunto, la mayoría de los hermanos adultos sobrevivientes competentes. Sin embargo, a menos de la mayoría de los hermanos adultos sobrevivientes competentes les corresponderán los derechos y deberes de esta sección si han hecho lo razonablemente necesario para notificar a todos los demás hermanos adultos sobrevivientes competentes sobre sus instrucciones y no conocen ninguna oposición a tales instrucciones por parte de la mayoría de los hermanos adultos sobrevivientes competentes.

(6) La/las persona(s) adulta(s) sobreviviente(s) competente(s) en los grados de parentesco próximos o, si hay más de una persona adulta sobreviviente competente del mismo grado de parentesco, la mayoría de esas personas. A menos de la mayoría de las personas adultas sobrevivientes competentes con el mismo grado de parentesco les corresponderán los derechos y deberes de esta sección si han hecho lo razonablemente necesario para notificar a todas las demás personas adultas sobrevivientes competentes con el mismo grado de parentesco sobre sus instrucciones y no conocen ninguna oposición a tales instrucciones por parte de la mayoría de las personas adultas sobrevivientes competentes con el mismo grado de parentesco.

(7) El testamento público cuando el difunto tenga activos suficientes.

(b) (1) Si una persona a la que le correspondía el derecho al control conforme a la subdivisión (a) ha sido imputada con el cargo de asesinato en primer o segundo grado u homicidio culposo en conexión con la muerte del difunto y esos cargos son de conocimiento del director de la funeraria o de la autoridad del cementerio, aquella renuncia al derecho al control y lo cede al siguiente familiar más cercano de acuerdo con la subdivisión (a).

(2) Si se retiran los cargos contra esa persona, o se la absuelve de los cargos, esa persona recupera el derecho al control del cuerpo.

(3) Sin perjuicio de esta subdivisión, ninguna persona a la que se le han imputado los cargos de asesinato en primer o segundo grado u homicidio culposo en conexión con la muerte del difunto que no haya recuperado el derecho al control en virtud del párrafo (2) tendrá derecho a controlar la disposición conforme a la subdivisión (a), lo cual se aplicará, en la medida en que el director de la funeraria o la autoridad del cementerio sepan acerca de los cargos, como si esa persona no existiera.

(c) El director de una funeraria o la autoridad de un cementerio estarán plenamente facultados para controlar la disposición de los restos y para proceder, en virtud de este capítulo, a cobrar los cargos habituales acostumbrados para la disposición, cuando correspondan las siguientes dos situaciones:

(1) Se aplique cualquiera de las siguientes:

(A) El director de la funeraria o la autoridad del cementerio saben que no existe ninguna de las personas descritas en los párrafos (1) a (6), incluida la subdivisión (a).

(B) No es posible encontrar después de una investigación razonable, ni contactar por medios razonables, a ninguna de las personas descritas en los párrafos (1) a (6), incluida la subdivisión (a).

(2) El testamento público no asume la responsabilidad de la disposición de los restos en un plazo de siete días después de haber sido notificado por escrito de los hechos. La notificación por escrito se puede entregar en mano o enviar mediante el correo de los EE. UU., una transmisión de fax o un telegrama.

(d) La responsabilidad por el costo razonable de la disposición final recae conjunta y solidariamente sobre toda la descendencia del difunto en el mismo grado de parentesco y sobre la herencia del difunto. Sin embargo, si una persona acepta la donación de un cuerpo entero en virtud de la subdivisión (a) de la Sección 7155.5, esa persona, sujeta a los términos de la donación, será responsable del costo razonable de la disposición final del difunto.

(e) Esta sección se administrará e interpretará con el fin de que las instrucciones expresas del difunto o de la persona facultada para controlar la disposición se lleven a cabo de manera fiel y oportuna.

(f) El director de la funeraria o la autoridad del cementerio no será responsable ante ninguna persona por llevar a cabo las instrucciones del difunto o de la persona facultada para controlar la disposición.

(g) A los fines de esta sección, el término "adulto" se refiere a una persona que ha alcanzado los 18 años de edad, "hijo" significa hijo natural o adoptivo del difunto, y "competente" hace referencia a una persona que no ha sido declarada incompetente por un tribunal de justicia o que ha sido declarada competente por un tribunal de justicia después de una declaración de incompetencia.

## HEALTH AND SAFETY CODE

### SECTION 7100

7100. (a) The right to control the disposition of the remains of a deceased person, the location and conditions of interment, and arrangements for funeral goods and services to be provided, unless other directions have been given by the decedent pursuant to Section 7100.1, vests in, and the duty of disposition and the liability for the reasonable cost of disposition of the remains devolves upon, the following in the order named:

(1) An agent under a power of attorney for health care who has the right and duty of disposition under Division 4.7 (commencing with Section 4600) of the Probate Code, except that the agent is liable for the costs of disposition only in either of the following cases:

(A) Where the agent makes a specific agreement to pay the costs of disposition.

(B) Where, in the absence of a specific agreement, the agent makes decisions concerning disposition that incur costs, in which case the agent is liable only for the reasonable costs incurred as a result of the agent's decisions, to the extent that the decedent's estate or other appropriate fund is insufficient.

(2) The competent surviving spouse.

(3) The sole surviving competent adult child of the decedent, or if there is more than one competent adult child of the decedent, the majority of the surviving competent adult children. However, less than the majority of the surviving competent adult children shall be vested with the rights and duties of this section if they have used reasonable efforts to notify all other surviving competent adult children of their instructions and are not aware of any opposition to those instructions by the majority of all surviving competent adult children.

(4) The surviving competent parent or parents of the decedent. If one of the surviving competent parents is absent, the remaining competent parent shall be vested with the rights and duties of this section after reasonable efforts have been unsuccessful in locating the absent surviving competent parent.

(5) The surviving competent adult sibling of the decedent, or if there is more than one surviving competent adult sibling of the decedent, the majority of the surviving competent adult siblings. However, less than the majority of the surviving competent adult siblings shall be vested with the rights and duties of this section if they have used reasonable efforts to notify all other surviving competent adult siblings of their instructions and are not aware of any opposition to those instructions by the majority of all surviving competent adult siblings.

(6) The surviving competent adult person or persons respectively in the next degrees of kinship, or if there is more than one surviving competent adult person of the same degree of kinship, the majority of those persons. Less than the majority of surviving competent adult persons of the same degree of kinship shall be vested with the rights and duties of this section if those persons have used reasonable efforts to notify all other surviving competent adult persons of the same degree of kinship of their instructions and are not aware of any opposition to those instructions by the majority of all surviving competent adult persons of the same degree of kinship.

(7) The public administrator when the deceased has sufficient assets.

(b) (1) If any person to whom the right of control has vested pursuant to subdivision (a) has been charged with first or second degree murder or voluntary manslaughter in connection with the decedent's death and those charges are known to the funeral director or cemetery authority, the right of control is relinquished and passed on to the next of kin in accordance with subdivision (a).

(2) If the charges against the person are dropped, or if the person is acquitted of the charges, the right of control is returned to the person.

(3) Notwithstanding this subdivision, no person who has been charged with first or second degree murder or voluntary manslaughter in connection with the decedent's death to whom the right of control has not been returned pursuant to paragraph (2) shall have any right to control disposition pursuant to subdivision (a) which shall be applied, to the extent the funeral director or cemetery authority know about the charges, as if that person did not exist.

(c) A funeral director or cemetery authority shall have complete authority to control the disposition of the remains, and to proceed under this chapter to recover usual and customary charges for the disposition, when both of the following apply:

(1) Either of the following applies:

(A) The funeral director or cemetery authority has knowledge that none of the persons described in paragraphs (1) to (6), inclusive, of subdivision (a) exists.

(B) None of the persons described in paragraphs (1) to (6), inclusive, of subdivision (a) can be found after reasonable inquiry, or contacted by reasonable means.

(2) The public administrator fails to assume responsibility for disposition of the remains within seven days after having been given written notice of the facts. Written notice may be delivered by hand, U.S. mail, facsimile transmission, or telegraph.

(d) The liability for the reasonable cost of final disposition devolves jointly and severally upon all kin of the decedent in the same degree of kinship and upon the estate of the decedent. However, if a person accepts the gift of an entire body under subdivision (a) of Section 7155.5, that person, subject to the terms of the gift, shall be liable for the reasonable cost of final disposition of the decedent.

(e) This section shall be administered and construed to the end that the expressed instructions of the decedent or the person entitled to control the disposition shall be faithfully and promptly performed.

(f) A funeral director or cemetery authority shall not be liable to any person or persons for carrying out the instructions of the decedent or the person entitled to control the disposition.

(g) For purposes of this section, "adult" means an individual who has attained 18 years of age, "child" means a natural or adopted child of the decedent, and "competent" means an individual who has not been declared incompetent by a court of law or who has been declared competent by a court of law following a declaration of incompetence.



252 Irvine Hall, Irvine, CA 92697-3950 ; Phone 949-824-6061 ; Fax 949-824-2114 ; som.uci.edu/willedbody

\_\_\_\_\_  
 Donor's Legal First Name

\_\_\_\_\_  
 Middle

\_\_\_\_\_  
 Last

I certify that pursuant to Section 7100, Health & Safety Code, State of California, it is my legal right to select a disposition service. Therefore, please release the body of the above deceased to the custody of the UCI School of Medicine Willed Body Program.

**Donor OR Agent with DPOA for HealthCare Must Sign:**

*Please sign where indicated. This form is used only when a signed release is required from a hospital or other institution to obtain custody of the body.*

Signature: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

(Write Donor or Agent)

Print Full Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_

State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_