



GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
REGISTRO DEMOGRÁFICO

151014

SOLICITUD PARA CERTIFICACIÓN DE DEFUNCIÓN

Nota: Si necesita el certificado con causa de muerte y no han transcurrido seis (6) meses del deceso debe solicitar en formato literal

Ley 203 _____		Literal _____		Fecha _____	
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre del Fallecido:		Sexo:	
Edad al Momento de Fallecer:	Seguro Social del Fallecido:	Fecha de Fallecimiento:		M / D / A	
Nombre del Padre:		Nombre de la Madre:			
Nombre Completo del Cónyuge:		Municipio donde Falleció:			
Nombre Completo del Solicitante:		Nombre de la Casa Funeraria:			
Firma del Solicitante:		Parte Interesada/ Solicitante cualificado:			
Dirección física del Solicitante:		☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Madre ☐ Hijo ☐ Otros			
Tel: _____ Cel: _____		☐ Rep. Legal ☐ Miembro Sucesión ☐ Persona Autorizada			
Propósito de la Solicitud:		Número de Sello Rentas Internas: (Favor retener recibo de sello entregado si aplica)			

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Identificación:	Número de Copias Solicitadas:	Número de Certificado: Uso Oficial
Licencia: _____	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Otras _____	1. _____
ID Estado: _____	Sello de Rentas Internas Incluidos:	2. _____
Pasaporte: _____	_____ \$10.00	3. _____
Rua o Colegiado: _____	Copia Literal: ☐	4. _____
Otros: _____	_____ \$15.00 _____ \$10.00	5. _____
☐ Recibo Utilidades ☐ Tarjeta Plan Médico ☐ ID Trabajo	Libre de costo:	
Fecha: D / M / A	☐ Ley 203	
Firma Expedidor: _____		
Firma quien revisó: _____		

Año: _____ Vol: _____ Nacional: _____ Control: _____ Certificado: _____

Defunción	151014	Defunción	151014
Fecha de recogido: _____		Fecha de recogido: _____	
Nombre del solicitante: _____		Nombre del solicitante: _____	