

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE SALUD DIVISION DE REGISTRO DEMOGRAFICO CERTIFICADO DE DEFUNCION Death Certificate		NUMERO DE DEFUNCION Death Number	
AÑO (Year) 1992		NUMERO DE REGISTRO (Register Number) 1128	
NUMERO DE CERTIFICADO (Certificate Number) 219			
1. Lugar (Coteje sólo una) <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Muerto al llegar (DOA) <input type="checkbox"/> Ambulatorio (Emerg.) (Outpatient) (ER) <input type="checkbox"/> Hospitalizado (Inpatient) <input type="checkbox"/> Otros <input checked="" type="checkbox"/> Casa de Salud <input type="checkbox"/> Asilo <input checked="" type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Otro		2. Residencia Habitual del Fallecido (¿Dónde vivía? Si en una institución: Residencia antes de ingresar en la misma) a. Municipio GUAYNABO b. Estado o País PUERTO RICO c. Barrio d. Poblado, Zona o Sitio e. Urbana <input checked="" type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/>	
3. Dirección (Si Urbana, - Calle y Número) C/RAMIREZ DE ARELLANO # LA-1		4. Hora y Fecha de la Defunción Death Time Date 9:10 P.M. 10 22 1992	
5. Último grado escolar completado Elemental, Intermedia o Secundaria (0 1 2 3 4 5) Colegio Universitario (1 4 6 5) 4			
6. Nombre del Conyuge: NATHANIEL PASARELL		7. Fecha de Nacimiento Mes Día Año 5 6 1919	
8. Edad (en años) 73		9. Si Menor de 1 Año Meses Días Horas Minutos	
10. Clase de Industria o Negocio HOGAR PROPIO		11. Natural de: Municipio BARRANQUILLA - Estado o País COLOMBIA	
12. Ciudadano de: COLOMBIA		13. Tiempo de Residencia en Puerto Rico 13 años	
14. Nombre y apellidos del Padre (Father's Name) RICARDO JULIAO		15. Nombre y apellidos de soltera de Madre (Mother's Maidenname) ESTHER WOLF	
16. a. Estado Civil (Marital Status) Nunca se casó <input type="checkbox"/> Casado <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		17. Número de Seguro Social 584892520	
18. Informante: a. Nombre Jorge Pasarell b. Firma Jorge Pasarell		19. Dirección Exacta del Informante 1683C/JAZMIN SAN FRANCISCO RTO PIEDRAS, P.R.	
20. Relación con el Fallecido HIJO		21. ¿Estuvo la fallecida embarazada en el último año? <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	
22. Número del récord Médico			
23. ¿Se practicó Autopsia? <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		24. Institución donde se hizo la autopsia	
25. ¿Se refirió al fiscal? <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No			
26. Hallazgos más importantes de la operación Pancreático carcinoma		27. Tipo de muerte <input checked="" type="checkbox"/> natural <input type="checkbox"/> accidente <input type="checkbox"/> suicidio <input type="checkbox"/> homicidio <input type="checkbox"/> pendiente de investigación <input type="checkbox"/> no pudo determinarse	
28. Fecha de lesión Mes Día Año 10 24 1992		29. ¿Ocurrió mientras trabajaba? <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	
30. ¿Cómo ocurrió la lesión?			
31. Certificado que asistió al fallecido desde 4-06-1992 hasta 22 oct 1992		32. NO asistió al fallecido y esta Certificación se hace a base de información suministrada por del fallecido	
33. a. ¿Fue embalsamado? <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		34. Color o Raza del fallecido <input checked="" type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Otro	
35. Nombre del embalsamador OSCAR L. MONTAÑEZ		36. Fecha de Registro Mes Día Año NOVIEMBRE 12 1992	
37. Nombre del cementerio o crematorio PORTA COELI		38. Fecha de la Firma Mes Día Año 10 22 1992	
39. Nombre del Agente Funerario o Encargado del Entierro MIGUEL BUXEDA, INC. HATO REY, P.R.		40. Firma del Registrador Carmen J. [Signature]	