

**Información personal del fallecido**  
(Personal information of the deceased)

**INFORMANTE: Persona que firma certificado de defunción**  
(Informant: Person who signs death certificate.)

Nombre del informante: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
(Informant name) (Relation)

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_  
(Postal Address) (Phone)

<b>Nombre completo según inscrito al nacer:</b> (Full name as registered at birth)	M   F	<b>Fecha Nacimiento:</b> (Date of birth)	<b>Edad:</b> (Age)	<b>Lugar de Nacimiento:</b> (Birthplace)
<b>También conocida por:</b> (Also known as)		____/____/____ Mes (month) día (day) año (year)	<b>Ciudadanía:</b> (Citizenship)	<b>Tiempo de residencia en PR:</b> (Residence time in PR)
<b>Dirección residencial:</b> (Residential Address)		<b>Zona: (Zone)</b> ____ Urbana (Urban) ____ Rural (Rural)	<b>Número de tarjeta electoral:</b> (Electoral number)	<b>Raza:</b> ____ <b>Blanco (White)</b> ____ <b>Negro (Black)</b> ____ <b>Otro (Other)</b>
<b>Nombre del padre:</b> (father's full name)		<b>Natural de: (Birthplace)</b>	<b>Seguro Social:</b> (Social Security)	<b>¿Perteneció a las fuerzas armadas de los EU?</b> He or she belonged to the armed forces of US? ____ SI(YES) NO
<b>Nombre de la madre:</b> (mother's full name)		<b>Natural de: (Birthplace)</b>	<b>Condición al fallecer:</b> (decompuesto, obesidad, otro) (deceased condition) (decomposed, obesity, other)	<b>Estado Marital: (Marital Status)</b> ____ Casada Legalmente (legally married) ____ Casada Separada (married separated) ____ Divorciada (divorced) ____ Viuda (widow) ____ Nunca casada (never married) ____ Desconocido (Unknown)
<b>Ocupación: (no indique retirado)</b> (Occupation)		<b>Educación (Education)</b> Último grado escolar: _____ <b>Industria: (Industry)</b> (Last school grade: _____)	<b>¿Algún aditivo implantado?</b> <b>¿Any implanted additive?</b> Ex: marcapaso (pacemaker)	
<b>Años que trabajó:</b> ____ <b>Última fecha</b> ____ (Years worked) ____ (last worked date) ____			<b>¿Tuvo caída o trauma?</b> (Any fall or trauma?)	
<b>Lugar de defunción: (Place of death)</b>		<b>Dirección: (Address)</b>	<b>Tiempo de estadía:</b> (Time of stay)	<b>De no estar casada legalmente, ¿Convivia?</b> If not legally married: cohabited or lived together? ____ Sí(Y) ____ No(N) Nombre: (Name) _____