



REGISTRO DEMOGRAFICO

SOLICITUD DE CERTIFICADO DEFUNCION POR CORREO

PARTE I: INFORMACIÓN SOBRE EL FALLECIDO:

1. NOMBRE DE INSCRITO		
_____	_____	_____
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE
2. FECHA DE DEFUNCION [DIA/MES/AÑO]	3. LUGAR DE DEFUNCION [PUEBLO Y HOSPITAL]	

PARTE II: INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE:

1. NOMBRE DEL SOLICITANTE		
_____	_____	_____
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE
2. PARENTESCO **	3. COPIA DE IDENTIFICACION ENVIADA	
4. DIRECCION DEL SOLICITANTE	5. DIRECCION PORTAL	
6. FIRMA DEL SOLICITANTE	7. FECHA DE SOLICITUD	

IMPORTANTE:

1. SI LA DEFUNCION OCURRIÓ DESPUÉS DEL 21 DE JUNIO DE 1931, DEBE SOLICITAR SU CERTIFICADO A: DEPARTAMENTO DE SALUD REGISTRO DEMOGRAFICO PO BOX 11854, SAN JUAN PUERTO RICO 00910
2. SI LA DEFUNCION OCURRIÓ ANTES DEL 21 DE JUNIO DE 1931, DEBE SOLICITARLO AL REGISTRO LOCAL DEL PUEBLO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCION.
3. ACOMPAÑE LA SOLICITUD CON UNA COPIA DE UNA IDENTIFICACIÓN RECIENTE (CON RETRATO) DEL SOLICITANTE.
4. RESIDENTES FUERA DE PUERTO RICO: ENVIAR GIRO POSTAL A NOMBRE DEL SECRETARIO DE HACIENDA. EL COSTO DEL CERTIFICADO ES \$5.00 LA PRIMERA COPIA Y \$4.00 LA COPIA ADICIONAL SOLICITADA AL MISMO TIEMPO.
5. SI RESIDE EN PUERTO RICO: ENVIE SELLO DE RENTAS INTERNAS DE \$5.00 POR LA PRIMER COPIA Y \$4.00 POR LA COPIA ADICIONAL ORDENADA AL MISMO TIEMPO.
6. DEBE ENVIAR UN SOBRE PRE-DIRIGIDO CON LA DIRECCIÓN BIEN CLARA DONDE RECIBIRÁ EL CERTIFICADO.

* SOLICITANTE- SIGNIFICARA EL INSCRITO; SI ES MAYOR DE EDAD, SU PADRE, MADRE, HIJOS O REPRESENTANTE LEGAL.
** PARENTESCO- SIGNIFICARÁ C1 LA RELACIÓN ENTRE EL SOLICITANTE Y EL INSCRITO. ESTE ESPACIO SERÁ LLENADO POR SI EL INSCRITO Y EL SOLICITANTE NO SON LA MISMA PERSONA.