RD-225
MOD 2/02

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
REGISTRO DEMOGRÁFICO

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud
Registro Demografico

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN POR CORREO

PARTE I: INFORMACIÓN SOBRE EL FALLECIDO (A)

1.NOMBRE DEL FALLECIDO (A) _____ _____ _____ APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE		
2. FECHA DE DEFUNCIÓN (DIA/MES/AÑO)	3. LUGAR DE DEFUNCIÓN (PUEBLO Y HOSPITAL)	

PARTE II: INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE*

1. NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____ _____ _____ APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE		2. PARENTESCO: **
3. DIRECCION DEL SOLICITANTE:	4. DIRECCION POSTAL:	
5. COPIA DE IDENTIFICACIÓN ENVIADA ____LIC. CONDUCIR___ID ESTADO___PASAPORTE__ OTRO	6. FIRMA DEL SOLICITANTE Y FECHA DE SOLICITUD:	

Importante:

1. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ DESPUÉS DEL 21 DE JUNIO DE 1931, DEBE SOLICITAR SU CERTIFICADO A: DEPARTAMENTO DE SALUD REGISTRO DEMOGRÁFICO PO BOX 11854, SAN JUAN PUERTO RICO 00910 DIRECCIÓN FÍSICA: CALLE QUISQUEYA #171, HATO REY, PUERTO RICO 00918
2. SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ ANTES DEL 21 DE JUNIO DE 1931, DEBE SOLICITARLO AL REGISTRO LOCAL DEL PUEBLO DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO.
3. ACOMPAÑAR 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 DE $5.00 LA PRIMERA COPIA Y $4.00 LA COPIA ADICIONAL ORDENADA AL MISMO TIEMPO.
5. SI RESIDE EN Puerto Rico: ENVIAR SELLO DE RENTAS INTERNAS DE $5.00 POR LA PRIMERA COPIA Y $4.00 POR LA COPIA ADICIONAL ORDENADA AL MISMO TIEMPO.
6. DEBERÁ ENVIAR UN SOBRE CON SELLO Y PRE-DIRIGIDO CON LA DIRECCIÓN BIEN CLARA DONDE RECIBIRÁ EL CERTIFICADO

* SOLICITANTE- SIGNIFICARA EL VIUDO(A); SU PADRE, MADRE, HIJOS O REPRESENTANTE LEGAL.
** PARENTESCO- SIGNIFICARÁ LA RELACIÓN ENTRE EL SOLICITANTE Y EL INSCRITO. ESTE ESPACIO SERÁ LLENADO POR SI EL INSCRITO Y EL SOLICITANTE NO SON LA MISMA PERSONA.