

DEPARTAMENTO DE SALUD

División de Registro Demográfico y Estadísticas Vitales

CERTIFICADO DE ACTA DE DEFUNCION  
Certificate of Death Registration

Certifico que en la Sección de Defunciones del Registro a mi cargo aparece la siguiente inscripción: *I certify that in the Section of Deaths of the Registry under my custody the following death is registered:*

Libro Núm. Volume No. 13	Folio Núm. Folio No. 557	Acta Núm- Certificate No. 754	Municipio donde ocurrió la defunción Municipality where death occurred SANTURCE, PUERTO RICO
Fecha de Inscripción: Date of Registration 8 AGOSTO 1926 día (day) mes (month) año (year)		Fecha de defunción: Date of Death 7 AGOSTO 1926 día (day) mes (month) año (year)	
Nombre del Fallecido: Name of Deceased JOSE DOLORES LOPEZ LOPEZ		Sexo (sex): <input checked="" type="checkbox"/> Varón (male) <input type="checkbox"/> Hembra (female)	Edad: 106 AÑOS Age
Estado Civil: Civil Status <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Single <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Divorced	Natural de: BAYAMON, PUERTO RICO Birthplace Estado o País (State or Country)		
Si casado, viudo o divorciado, nombre del cónyuge: If married, widowed, divorced, name of spouse CAMILA GIUSTI			
Nombre del padre Name of Father JOSE MARIA LOPEZ		Natural de: BAYAMON, PUERTO RICO Birthplace Estado o País (State or Country)	
Nombre de la Madre: Name of Mother MARIA ROMANA LOPEZ		Natural de: BAYAMON, PUERTO RICO Birthplace Estado o País (State or Country)	
Causa de la Muerte: Cause of Death SENILIDAD		Médico que Certifica: Attending Physician DR. ANTONIO R. REYES	
Si Veterano, Número de Serie: If Veteran Serial Number		Número del Seguro Social: Social Security Number	

DATOS SOBRE EL SOLICITANTE  
Information on Applicant

Solicitante: Applicant ALBERTO MEDINA LOPEZ	Si veterano, licenciamiento honorable Núm. If veteran, honorable discharge Number
--	--

Dirección  
Address P.O. BOX 6899 STA. ROSA UNIT. BAYAMON, PUERTO RICO 00960

Si para uso oficial de una Agencia del Gobierno Estatal o Federal:  
If for official use of an agency of the Commonwealth of Puerto Rico or Federal Government

Nombre de la Agencia: Name of Agency REGISTRO DEMOGRAFICO	Dirección: Address SANTURCE, PUERTO RICO
--	---

**ADVERTENCIA**  
Este certificado no será válido si en el mismo no se ha estampado el sello oficial del Registro Demográfico correspondiente. También se requiere la cancelación de un sello de rentas internas de 50¢, según exige la ley, excepto en aquellos casos en que el certificado se expide para uso exclusivo de un veterano o de una agencia de gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico o de los Estados Unidos de América. LA MERA POSESION DE ESTE DOCUMENTO NO DEBE CONSTITUIR BASE PARA IDENTIFICAR AL PORTADOR COMO PARIENTE DE LA PERSONA FALLECIDA A QUIEN CORRESPONDE LA INSCRIPCION.

**WARNING**  
This certificate is void if the official seal of the corresponding Demographic Registry Office has not been stamped hereon. Also, a 50¢, internal revenue stamp is required by law to be cancelled hereon, unless this certificate is issued for the exclusive use of a veteran or for the official use of any Agency of the Commonwealth of Puerto Rico or of the Federal Government of United States. THE MERE POSSESSION OF THIS DOCUMENT DOES NOT CONSTITUTE EVIDENCE FOR IDENTIFYING THE BEARER AS A RELATIVE OF THE DECEASED TO WHOM THE REGISTRATION REFERS.

ESTE CERTIFICADO NO SERA VALIDO SI EN EL MISMO APARECEN TACHADURAS, BORRADURAS O ALTERACIONES

This certificate is void if there are any alterations or erasures on same.



Fecha de Expedición: Date of Issue 14/JUNIO/1993	Municipio de: Municipality of SAN JUAN	Puerto Rico
---	---	-------------

Cargado del Registro  
Registrar

ELENA DE LEON MORA

Firma  
Signature *Elena de Leon Mora*

Nombre en mayúscula o letra de molde