



# Florida Funeral Home

1495 N.W. 17th Avenue

Miami, Florida 33125

**(305)325-1171 \*\*\*\*\*FAX (305)325-8616\*\*\*\*\***

**Porfavor Llene Este Certificado**

**Con la mas informacion posible\*\***

**\*\*\*PORFAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE\*\*\*ESTA ES UNA COPIA PERMANENTE\*\***

<b>1. NOMBRE (PRIMER, SEGUNDO, APELLIDO)</b>					<b>2. SEXO</b>			
<b>3. FECHA DE NACIMIENTO</b> (Mes, Dia, Año)		<b>4a. EDAD</b> (Años) Ultimo Cumpleaño	<b>4b. MENOS DE 1 AÑO</b> Meses	<b>4c. MENOS DE 1 DIA</b> Dias	<b>4c. MENOS DE 1 DIA</b> Horas	<b>4c. MENOS DE 1 DIA</b> Minutos	<b>5. DIA DE FALLECIMIENTO</b> (Mes, Dia, Año)	
<b>6. NUMERO SOCIAL</b>		<b>7. LUGAR DE NACIMIENTO</b> (Ciudad y Estado o Pais Extranjero)			<b>8. CONDADO DE FALLECIMIENTO</b>			
<b>9. LUGAR DE FALLECIMIENTO</b> (ELIJA SOLAMENTE UNO) <b>HOSPITAL:</b> <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Sala De Emergencia <input type="checkbox"/> Muerto al Llegar <b>NO-HOSPITAL:</b> <input type="checkbox"/> Hospicio <input type="checkbox"/> Nursing Home <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Otro (Especifique)								
<b>10. NOMBRE DE INSTITUCION</b> (Si no es institucion, poner direccion)				<b>11a. CIUDAD DE FALLECIMIENTO</b>			<b>11b. DENTRO DEL LIMITE DE LA CIUDAD?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<b>12. ESTADO CIVIL</b> (Especifique) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, Pero Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Nunca Se Caso					<b>13. Nombre de Espos(a) sobreviviente</b> (Si Esposa, ponga el nombre de soltera)			
<b>14a. ESTADO DE RESIDENCIA</b>			<b>14b. CONDADO</b>		<b>14c. CIUDAD, PUEBLO O LOCALIDAD</b>			
<b>14d. DIRECCION</b>					<b>14e. No. APT.</b>	<b>14f. CODIGO POSTAL</b>	<b>14g. DENTRO DEL LIMITE DE LA CIUDAD?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<b>15a. OCCUPACION</b> (Indique el tipo de trabajo que hizo mas frecuente en su vida.) <b>NO USE "Retirado"</b>					<b>15b. TIPO DE NEGOCIO O INDUSTRIA</b>			
<b>16. RAZA</b> (Especifique la raza/razas que la persona se consideraba. Mas de una raza puede ser escogida.) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Indigeno de Alaska (Especifique) <input type="checkbox"/> Indio Asiatico <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otra Asiatico (Especifique) <input type="checkbox"/> Nativo Hawayano <input type="checkbox"/> Guamanio o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otra isla del pacifico (Especifique) <input type="checkbox"/> Otro(Especifique)								
<b>17. FALLECIDO DE ORIGEN HISPANO O HAITIANO?</b> (Especifique si era de origen hispanica o haitiana?) <input type="checkbox"/> Si (Especifique) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Mejicano <input type="checkbox"/> Puerto Riqueño <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Centro/Sur Americano <input type="checkbox"/> Otro Tipo de Hispano (Especifique) <input type="checkbox"/> Haitiano								
<b>18. EDUCACION</b> (Especifique el grado mas alto terminado en la escuela al tiempo de fallecimiento) <input type="checkbox"/> 8vo o Menos <input type="checkbox"/> Bachiller Sin Diploma <input type="checkbox"/> Bachiller Con Diploma o GED <input type="checkbox"/> College Sin Certificacion College Certificacion (Especifique): <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Grado de Maestria <input type="checkbox"/> Doctorado						<b>19. SIRVIO EN LAS FUERZAS ARMADAS DE LOS ESTADOS UNIDOS?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> NO		
<b>20. NOMBRE DEL PADRE</b> (Primer, Segundo, Apellido)				<b>21. NOMBRE DE LA MADRE</b> (Primer, Segundo, Apellido de Soltera)				
<b>22a. NOMBRE DEL INFORMANTE</b>				<b>22b. RELACION AL DIFUNTO</b>		<b>22c. ESTADO DE RESIDENCIA DEL INFORMANTE</b>		
<b>23b. CIUDAD O LOCALIDAD</b>			<b>23c. DIRECCION</b>				<b>23d. CODIGO POSTAL</b>	
<b>24. LUGAR DE DISPOSICION</b> (Nombre del cementerio, crematorio, o otro lugar)					<b>25a. LOCACION- ESTADO</b>		<b>25b. LOCACION-CIUDAD O PUEBLO</b>	

**Numero Telefonico Del Informante:** \_\_\_\_\_

**Certificado De Defuncion**  Con Causa  Sin Causa

**ENVIARLA A:** \_\_\_\_\_