



Instituto de Ciencias Forenses
PO Box 11878 Caparra Heights Station
San Juan, Puerto Rico 00922-1878
Teléfono (787) 765-0615 / Fax 759-7315
División de Patología Forense

CERTIFICACIÓN DEL FAMILIAR EN CASOS DE MUERTE NATURAL EN ASILOS

Fecha

Número de Caso _____

Nombre del Fallecido: _____

Nombre del Familiar: _____

Parentesco: _____

CERTIFICACIÓN

Yo, _____, estoy de acuerdo con la causa y manera
(Letra de molde)

de muerte, _____ que el doctor
_____ indicó en el

Certificado de Defunción de mi familiar _____

Para que así conste firmo el presente documento.

Firma