



DEPARTAMENTO DE

**SALUD**

GOBIERNO DE PUERTO RICO

## Guía para Completar el Certificado de Pérdida Temprana de Embarazo (RD-70)

Registro Demográfico y Estadísticas Vitales

Departamento de Salud Puerto Rico

Efectivo desde el 1 de septiembre de 2026

**INSTRUCCIONES:** El formulario **RD-70 Certificado de Pérdidas Tempranas de Embarazo** del Registro Demográfico se utilizará única y exclusivamente para la inscripción de la disposición de los restos fetales humanos producto de **pérdidas de embarazo de *menos de veinte (20) semanas de gestación***, cuando la madre o el padre decida reclamar y disponer de los restos fetales luego de ser orientados por la facilidad hospitalaria Ley 42-2026. Cuando opten por hacerse cargo de la disposición de los restos fetales, se deberá completar este formulario como sigue: Preguntas 2 a la 13, por el **médico** que certifica la ocurrencia de la pérdida; Preguntas 14 a 15, por el **solicitante** de la disposición; Preguntas 1, 16 hasta la 22, por el **Director Funerario** a cargo de la disposición. El personal de la facilidad deberá entregar este documento al agente funerario seleccionado (no a los padres). El Director Funerario deberá entregar al Registro Demográfico el formulario RD-70 debidamente completado y firmado para obtener el permiso de disposición.

**NOTA:** Para pérdidas de embarazo espontáneas de veinte (20) semanas completadas o más o un feto de 350 gramos o más, se requiere completar el formulario RD-78 – Certificado de Muerte Fetal.

**Certificado de Pérdida Temprana de Embarazo****Registro Demográfico****Secretaría Auxiliar para la Coordinación de Servicios y Asistencia de Salud  
Departamento de Salud de Puerto Rico**

Conforme a los poderes y facultades establecidos en la Ley Núm. 24-1931, según enmendada, conocida como la Ley del Registro Demográfico de Puerto Rico, y la Ley Núm. 81-1912, según enmendada, conocida como la Ley Orgánica del Departamento de Salud, se comenzará el uso del nuevo formulario denominado **Certificado de Pérdidas Tempranas de Embarazo**, para informar e inscribir la disposición de restos fetales humanos producto de pérdidas gestacionales ocurridas previo a las veinte (20) semanas de embarazo, cuando la madre o el padre solicite hacerse cargo de la disposición de los restos fetales en coordinación con un Director Funerario. **(Formulario RD-70)**

Este procedimiento de certificación y registro se adopta al amparo de la Ley Núm. 42 de 11 de marzo de 2026; la Ley Núm. 180 de 6 de agosto de 2008, según enmendada, mejor conocida como “Ley para el Manejo de los Desperdicios Biomédicos Regulados”; la Ley Núm. 258 de 15 de septiembre de 2012, según enmendada, mejor conocida como “Ley de Servicios Funerarios de Puerto Rico”; y la Ley Núm. 24 de 22 de abril de 1931, según enmendada, mejor conocida como “Ley del Registro Demográfico de Puerto Rico” y en ejercicio de la autoridad conferida al Departamento de Salud para reglamentar la disposición de restos fetales humanos producto de pérdidas gestacionales ocurridas antes de las veinte (20) semanas de embarazo.

Las funerarias podrán recibir restos fetales de menos de veinte (20) semanas de embarazo cuando se acompañen con el Certificado de Pérdidas Tempranas de Embarazo **(Formulario RD-70)**.

**Restos fetales** se refiere al producto de una pérdida gestacional ocurrida antes de las veinte (20) semanas de embarazo, independientemente de su peso.

El proceso de registro de Pérdidas Tempranas de Embarazo es diferente al proceso de certificación y registro vigente para Muerte Fetal (Certificado de Muerte Fetal *Formulario RD-78 Rev 2016-10*). El Certificado de Muerte Fetal se tiene que completar siempre que ocurra una muerte fetal que cumpla con la siguiente definición establecida:

*Muerte fetal o natimuerto es la muerte con anterioridad a la completa expulsión o extracción del vientre de la madre del resultado de la concepción, un feto de 350 gramos o más, o de 20 semanas completas de gestación o más; calculadas desde la fecha de comienzo del último periodo normal de menstruación hasta el día del*



*parto, y que no es una terminación de embarazo inducido. La muerte está indicada por el hecho de que después de la extracción o expulsión, el feto no respire o muestre alguna otra evidencia de vida, como latidos del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimiento voluntario de músculos. Los latidos del corazón deben distinguirse de contracciones cardíacas momentáneas y las respiraciones deben distinguirse de esfuerzos respiratorios fugaces o jadeos.*

Si un infante respira o muestra cualquier evidencia de vida luego de haberse completado el parto, aunque sea sólo momentáneo, el evento se debe registrar como un Nacimiento vivo (Formulario RD-100), no el de Muerte Fetal, y se le llenará también un Certificado de Defunción (Formulario RD-77).

Para propósitos de estadísticas vitales y de salud pública es crítico que se siga el proceso de certificación correcto según el evento con sus definiciones correspondientes. Los procesos de registro de eventos vitales del Registro Demográfico tienen que cumplir con estos parámetros y estándares establecidos por el *National Center for Health Statistics* (NCHS) y con las versiones de certificado estándar vigentes. La certificación correcta de los eventos completando los documentos adecuadamente en todas sus partes contribuye a la calidad y precisión de la información recopilada y atiende las necesidades de información adicional para una mejor planificación en la salud pública.

Para todas las pérdidas tempranas de embarazo de menos de veinte (20) semanas de gestación que ocurran a partir del 1 de septiembre del 2026, y que la madre o padre solicite hacerse cargo de la disposición de los restos fetales en coordinación con un Director Funerario, se debe utilizar el nuevo formulario para informar e inscribir este evento.

Este certificado debe ser completado por profesionales del hospital o quienes hayan atendido el parto, firmado el solicitante, y le será entregado a la funeraria correspondiente. No se permite la entrega del Certificado de Pérdida Temprana de Embarazo a los padres para que lo entreguen al Registro Demográfico.

A estos efectos, las guías para los Hospitales y Directores Funerarios se encuentran disponibles en la página web del Departamento de Salud, [www.salud.pr.gov](http://www.salud.pr.gov).

Wanda del C. Llovet Díaz

Directora Ejecutiva

Registro Demográfico de Puerto Rico



## Índice

|                                                                  |       |
|------------------------------------------------------------------|-------|
| Propósito .....                                                  | 5     |
| Requerimientos en Ley .....                                      | 5     |
| Obligación de Notificación y consentimiento .....                | 6     |
| Plazo para Solicitud .....                                       | 6     |
| Manejo clínico y entrega de restos - Conservación Temporal ..... | 6     |
| Coordinación de Entrega.....                                     | 6     |
| Prohibición de Rechazo .....                                     | 6     |
| Responsabilidades del Médico .....                               | 7     |
| Requisitos para la Disposición Final de los Restos Fetales ..... | 7     |
| Instrucciones Generales para Completar el Formulario RD-70.....  | 7-9   |
| Preguntas 2 a la 13 (Médico) .....                               | 9-11  |
| Preguntas 14 a 15 (Solicitante) .....                            | 11-12 |
| Preguntas 16 a la 22 (Director Funerario) .....                  | 12-13 |

## Propósito

El Registro Demográfico, adscrito a la Secretaría Auxiliar para la Coordinación de Servicios y Asistencia de Salud del Departamento de Salud de Puerto Rico, es responsable de todo lo concerniente a las inscripciones de los nacimientos, matrimonios, defunciones y muertes fetales que ocurren en Puerto Rico, de conformidad con la Ley Núm. 24 de 22 de abril de 1931, según enmendada.

La Ley Núm. 42 de 11 de marzo de 2026 enmendó el Artículo 8 de la Ley Núm. 24 para autorizar al Departamento de Salud a emitir un certificado especial para la inscripción y disposición de restos fetales humanos producto de pérdidas gestacionales ocurridas antes de las veinte (20) semanas de gestación intrauterina, cuando así lo solicite la madre o el padre, conforme a las disposiciones legales aplicables.

En cumplimiento con lo dispuesto en la referida Ley, se crea este manual para orientar a los médicos, hospitales y facilidades sobre el registro de Pérdidas Tempranas de Embarazo del Gobierno de Puerto Rico y proveer las instrucciones necesarias para completar y llenar el certificado. El énfasis va dirigido hacia las responsabilidades del Médico, Hospital, Facilidades y Directores Funerarios en manejar este certificado para que finalmente se pueda obtener la autorización oficial para la disposición final de los restos fetales.

## Requerimiento en Ley

El Gobierno de Puerto Rico reconoce la dignidad humana como principio inviolable. En armonía con la Ley 42-2026, se garantiza a los progenitores (madre o padre) el derecho a disponer dignamente de restos fetales humanos producto de pérdidas gestacionales ocurridas antes de las veinte (20) semanas de embarazo, cuando así lo soliciten.

Para todas las pérdidas tempranas de embarazo de menos de veinte (20) semanas de gestación que ocurran a partir del 1 de septiembre de 2026, y que la madre o padre solicite hacerse cargo de la disposición de los restos fetales en coordinación con un Director Funerario, será necesario completar el certificado denominado como **Certificado de Pérdidas Tempranas de Embarazo (RD-70)**. A su vez, es requerido que el mismo sea entregado a una oficina local del Registro Demográfico dentro de cinco (5) días de la fecha de ocurrido el evento, previo su disposición. Puesto a que el Artículo 7 de la Ley Núm. 24 del 1931, dispone que “Ningún cadáver podrá ser enterrado, ni depositado en nicho o tumba, ni incinerado, ni de ningún otro modo eliminado o trasladado fuera del municipio donde ocurrió la muerte sin que previamente se haya inscrito la defunción [...] y se haya librado por el encargado del registro el correspondiente permiso de enterramiento”.

## Obligación de Notificación y consentimiento informado

Cuando ocurra una pérdida temprana de embarazo de menos de 20 semanas de gestación, toda institución de salud deberá informar a los progenitores (madre o padre), de manera sensible y documentada, que:

1. Tienen derecho a solicitar la entrega de los restos fetales.



2. Explicar las alternativas disponibles.
3. Garantizar que la decisión se tome sin coerción.
4. Los progenitores tendrán un término de 48 horas desde la notificación para decidir, salvo que circunstancias médicas requieran un manejo inmediato.
5. Si los progenitores no optan por disponer de los restos fetales, la institución de salud deberá proceder de conformidad con la Ley Núm. 180-2008, según enmendada, conocida como “Ley para el Manejo de los Desperdicios Biomédicos Regulados” o cualquiera que la sustituya.
6. Documentar la decisión en el expediente médico.
7. Proceder a completar en todas sus partes el formulario RD-70 (Certificado de Pérdidas Tempranas de Embarazo).
8. La institución hospitalaria coordinará la entrega de los restos fetales al Director Funerario conforme a los protocolos establecidos.

### **Plazo para Solicitud**

Los progenitores tendrán un término de 48 horas desde la notificación para finiquitar la decisión a la institución, salvo circunstancias médicas requieran un manejo inmediato.

### **Manejo clínico y entrega de restos - Conservación Temporal**

Las instituciones de salud deberán conservar los restos fetales en condiciones sanitarias adecuadas hasta su entrega o disposición hospitalaria, según corresponda.

### **Coordinación de Entrega**

Cuando los progenitores expresen su derecho de solicitar la entrega de los restos fetales:

1. La institución procederá a llenar el documento Certificado de Pérdidas Tempranas de Embarazo.
2. Los progenitores notificarán a la institución de salud la funeraria seleccionada para el proceso de disposición.
3. La funeraria seleccionada por los progenitores será responsable de recoger los restos fetales en conjunto al Certificado de Pérdidas Tempranas de Embarazo completado por la institución de salud.

### **Prohibición de Rechazo**

Ninguna institución podrá negar la entrega de restos fetales cuando se cumplan los requisitos de la Ley 42 de 2026.

### **Responsabilidades del Médico**

El Art. 11, Secc. 1105 de la Ley Núm. 24 de 22 de abril de 1931, según enmendada, obliga a los médicos en el ejercicio de su profesión en Puerto Rico a certificar las defunciones. Por consiguiente, será responsabilidad del médico certificar la ocurrencia de la pérdida temprana de embarazo en el formulario RD-70 (preguntas 2 hasta la 13). En su función



de certificar, el médico ejecuta su último acto de cuidado al paciente proveyendo una certificación completa que permita que la familia pueda entonces, concluir todos los asuntos de disposición.

### Requisitos para la Disposición Final de los Restos Fetales

El Director Funerario debe asegurarse de tener una autorización válida, de la autoridad gubernamental correspondiente, antes de que remueva, sepulte, creme, entierre, exhume, inhume, o disponga de cualquier otra manera de un cadáver (Ley Núm. 24 de 22 de abril de 1931, según enmendada, mejor conocida como “Ley del Registro General Demográfico de Puerto Rico”; Ley Núm. 258 de 15 de septiembre de 2012, según enmendada, mejor conocida como “Ley de Servicios Funerarios de Puerto Rico”; Reglamento General de Salud Ambiental; Reglamento de Servicios Funerarios en Puerto Rico; y la Ley del Instituto de Ciencias Forenses de Puerto Rico.

Para disponer de los restos fetal sea requerido que previo a la expedición del permiso de disposición de la pérdida temprana de embarazo el Director Funerario haya radicado ante el Registro Demográfico el certificado de Pérdida Temprana de embarazo (RD-70) completado en todas sus partes. El Director Funerario será responsable de entregar al Registro Demográfico el Certificado de Pérdida Temprana de embarazo completados por todas las partes dentro de un término no mayor de cinco (5) días calendarios siguientes a la fecha del evento.

El permiso de enterramiento de restos humanos en Puerto Rico será emitido por el funcionario autorizado del Registro Demográfico una vez se haya presentado el Certificado de Pérdida Temprana de embarazo.

### Instrucciones Generales para Completar el Certificado de Pérdidas Tempranas de Embarazo

Para todas las pérdidas tempranas de embarazo de menos de veinte (20) semanas de gestación que ocurran a partir del 1 de septiembre de 2026 y que la madre o padre solicite hacerse cargo de la disposición de los restos fetales en coordinación con un Director Funerario, se debe completar el Certificado de Pérdidas Tempranas de Embarazo RD-70, y ser entregado en una oficina local del Registro Demográfico dentro de cinco (5) días de la fecha de ocurrido el evento.

**IMPORTANTE:** El proceso de registro de Pérdidas Tempranas de Embarazo es diferente al proceso de certificación y registro vigente para Muerte Fetal (Certificado de Muerte Fetal Formulario RD-78). El Certificado de Muerte Fetal se tiene que completar siempre que ocurra una muerte fetal que cumpla con la siguiente definición establecida:

*Muerte fetal o natimuerto es la muerte con anterioridad a la completa expulsión o extracción del vientre de la madre del resultado de la concepción, un feto de 350 gramos o más, o de 20 semanas completas de gestación o más; calculadas desde la fecha de comienzo del último periodo normal de menstruación hasta el día del parto, y*



*que no es una terminación de embarazo inducido. La muerte está indicada por el hecho de que después de la extracción o expulsión, el feto no respire o muestre alguna otra evidencia de vida, como latidos del corazón, pulsación del cordón umbilical o movimiento voluntario de músculos. Los latidos del corazón deben distinguirse de contracciones cardiacas momentáneas y las respiraciones deben distinguirse de esfuerzos respiratorios fugaces o jadeos.*

Si un infante respira o muestra cualquier evidencia de vida luego de completado el parto, aunque sea sólo momentáneo, el evento se debe registrar como un Nacimiento vivo (Formulario RD-100), no el de Muerte Fetal, y se le llenará también un Certificado de Defunción (Formulario RD-77). El Certificado de Pérdidas Tempranas de Embarazo completado le será entregado a la funeraria correspondiente. **No se permite la entrega del Certificado de Pérdidas Tempranas de Embarazo a los padres para que lo entreguen al Registro Demográfico.**

El Director de Funeraria o un agente funerario autorizado actuando en representación de éste, es responsable en ley de verificar, completar y radicar el Certificado de Pérdidas Tempranas de Embarazo. Dicho director o agente debe asegurarse de que el documento esté completo y, por último, llenar la sección sobre la Disposición (preguntas 14-22).

Utilice las siguientes guías para completar adecuadamente un Certificado de Pérdidas Tempranas de Embarazo:

- Usar la forma autorizada por el Gobierno de Puerto Rico.
- Completar cada pregunta, siguiendo las instrucciones específicas para la pregunta correspondiente.
- Escriba de forma legible. Utilice una impresora para computadoras de alta resolución, maquinilla, o en letra de molde con un bolígrafo de tinta permanente negra o azul.
- No utilice abreviaturas excepto aquellas recomendadas en las instrucciones de preguntas específicas.
- Verifique con el solicitante la escritura correcta de los nombres, especialmente aquellos que tienen distintas formas de escribirse o pronunciarse.
- Refiera cualquier problema, no cubierto por estas instrucciones, al Registrador local del Registro Demográfico.
- Obtenga todas las firmas necesarias. Los sellos de goma u otras firmas tipo facsímil no serán aceptadas.
- No haga alteraciones, tachaduras o borrones al documento.
- Someta el certificado original al Registrador del Registro Demográfico. No se aceptarán copias o duplicados.

### **Preguntas 2 a la 13**

**A ser completadas por el MÉDICO que atiende el evento:**



División del Registro Demográfico  
Sección de Estadísticas Vitales y Base de Datos

| Número de Área                                                                                                                                                                                          | Número de Control | Estado Libre Asociado de Puerto Rico<br>Departamento de Salud • Registro Demográfico                                           | Volumen                                                               | Año                                                                                                 | Número Nacional |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 152                                                                                                                                                                                                     |                   | Certificado de Pérdida Temprana de Embarazo                                                                                    |                                                                       |                                                                                                     |                 |
| <b>1. Nombre y apellidos:</b> (opcional a discreción de los padres) Natimuerto                                                                                                                          |                   |                                                                                                                                |                                                                       |                                                                                                     |                 |
| <b>2. Fecha de ocurrencia:</b> (mes en letras)<br>_____/_____/_____ mes día año                                                                                                                         |                   | <b>3. Hora:</b><br>_____:____ minutos <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM                                  |                                                                       | <b>4. Estimado obstétrico de gestación al momento del evento</b><br>(en semanas completadas): _____ |                 |
| <b>5. Pluralidad:</b><br><input type="checkbox"/> Sencillo <input type="checkbox"/> Gemelos <input type="checkbox"/> Trillizos<br><input type="checkbox"/> Otro, indique: _____                         |                   | <b>7a. Nombre de la facilidad hospitalaria</b> (si no es facilidad, indicar nombre de oficina y dirección completa):<br>_____  |                                                                       |                                                                                                     |                 |
| <b>6. Lugar donde ocurrió el evento:</b> (seleccione uno)<br><input type="checkbox"/> Hospital<br><input type="checkbox"/> Clínica/oficina médica<br><input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |                   | <b>7b. Número Nacional de Proveedor de la Facilidad (NPI):</b><br>[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |                                                                       | <b>7c. Municipio:</b><br>_____                                                                      |                 |
| <b>8a. Nombre completo y apellidos de la MADRE:</b> (según fue inscrita)                                                                                                                                |                   |                                                                                                                                | <b>9. Nombre completo y apellidos del PADRE:</b> (según fue inscrito) |                                                                                                     |                 |
| <b>8b. Fecha de nacimiento:</b> ____/____/____ de la madre mes día año                                                                                                                                  |                   |                                                                                                                                |                                                                       |                                                                                                     |                 |
| <b>CERTIFICACIÓN:</b> Esta pérdida temprana de embarazo ocurrió en la hora, fecha y lugar indicado                                                                                                      |                   |                                                                                                                                |                                                                       |                                                                                                     |                 |
| <b>10. Nombre en letra de molde del MÉDICO que certifica:</b><br>Nombre: _____ FIRMA: _____                                                                                                             |                   |                                                                                                                                |                                                                       |                                                                                                     |                 |
| <b>11. Número licencia:</b> _____ <b>12. NPI:</b> _____ <b>13. Fecha de certificación:</b> ____/____/____ mes día año                                                                                   |                   |                                                                                                                                |                                                                       |                                                                                                     |                 |

a. Verifique con los padres si le dieron nombre. Si no se le dio un nombre, deje los espacios correspondientes al primer y segundo nombre en blanco y escriba únicamente los apellidos.

a. Escriba el nombre completo del mes (enero, febrero, marzo, etc.), número del día y los cuatro números del año en que ocurrió el parto. No utilice un número o abreviaturas para designar el mes.

a. Escriba la hora y los minutos exactos en un periodo de 12 horas en que ocurrió el parto. Marque AM, si es antes del mediodía y, PM si es después del mediodía. Una muerte fetal que ocurra a medianoche (12:00 AM) corresponde al comienzo de un nuevo día.



**4. Estimado obstétrico de gestación al momento del evento: (semanas completadas)**

- a. El mejor estimado obstétrico de la gestación del feto en semanas completadas, a base del estimado final de gestación de la persona que atendió el evento. Dicho estimado de gestación debe ser determinado por todos los factores y evaluaciones perinatales, como por ejemplo sonogramas. Es preferible un sonograma realizado temprano en el embarazo. De proveerse una fracción de semana (i.e., 32.2 semanas) redondee la última semana completada (i.e., 32 semanas).
- b. Si se desconoce el estimado obstétrico de gestación, escriba “se desconoce” en el espacio. No complete este ítem solo a base de la fecha del evento del infante y la fecha del último periodo de menstruación de la madre.

**5. Pluralidad**

- a. **Pluralidad:** El número de restos fetales. Los fetos “reabsorbidos” (aquellos que no son expulsados o extraídos de la madre) no deben contarse.

**6. Lugar donde ocurrió el evento:**

- a. Haga una marca de cotejo en el encasillado que mejor describa el tipo de lugar donde ocurrió el evento.
  - i. Hospital
  - ii. Clínica/Oficina Médica
  - iii. Otro (Especifique) \_\_\_\_\_

**7. Nombre de la Facilidad Hospitalaria o la dirección si no fue en un hospital (7a, 7b y 7c)**

- a. Nombre de la facilidad Hospitalaria (si no es facilidad indique nombre de oficina y dirección física completa) - El nombre de la facilidad donde ocurrió el evento.
- b. Número Nacional de Proveedor de la Facilidad (NPI)- Anote el Número Nacional de Proveedor de la Facilidad (NPI, por sus siglas en inglés).
- c. Municipio - Escriba el nombre del municipio donde ocurrió el evento.

**8. Nombre completo y apellidos de la madre:** Escriba el nombre y los apellidos según fuera inscrita (apellidos de soltera) la madre. Éste es el nombre que se le dio al nacer o al ser adoptada. No debe utilizar el nombre adquirido por matrimonio.

**8b. Fecha de nacimiento de la madre:** Escriba el número del día, nombre completo del mes (enero, febrero, marzo, etc.), y los cuatro números del año en que la madre nació. No utilice un número o abreviaturas para designar el mes. Formato de día/mes/año.

**9. Nombre completo y apellidos del padre:** Escriba el nombre y los apellidos según fuera inscrita (apellidos de soltera) la madre. Éste es el nombre que se le dio al nacer o al ser adoptado.



10. **Nombre en letra de molde del Médico que certifica: la pérdida temprana de embarazo:**
- Anote el nombre completo en letra de molde de la persona responsable de certificar la pérdida temprana de embarazo.
  - Firma del médico.
11. **Número de licencia:**
- Anote el número de licencia del médico que certifica.
12. **NPI:**
- Anote el número de NPI del médico que certifica.
13. **Fecha de certificación:**
- Anote la fecha en que se completó la certificación de la pérdida temprana de embarazo.

**Preguntas 14 a 15**

**A ser completadas por el Solicitante:**

| SOLICITANTE de la disposición                                                                          |              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 14. Nombre y apellidos del <u>SOLICITANTE</u> de la disposición:                                       |              |
| Nombre: _____                                                                                          | FIRMA: _____ |
| 15. Fecha de solicitud: _____ / _____ / _____<br>mes                      día                      año |              |

14. **Nombre completo del Solicitante de la disposición:**
- Escriba el nombre completo de forma clara y legible de la persona solicita la disposición.
  - Firma del solicitante.
15. **Fecha de solicitud:**
- Anote la fecha en que se completó la solicitud.

**Preguntas 16 a la 22**

**A ser completado por el Director Funerario**

**Disposición**

| DISPOSICIÓN – Director Funerario                                                                          |                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 16a. Método de disposición: <input type="checkbox"/> Enterramiento <input type="checkbox"/> Cremación     | 19. Nombre y FIRMA del director funerario: _____                                |
| 16b. Fecha de disposición: _____ / _____ / _____<br>mes                      día                      año | 20. Número de licencia director funerario: _____                                |
| 17. Nombre completo de la facilidad funeraria o crematorio: _____                                         | 21. Nombre del lugar de la disposición (cementerio o crematorio): _____         |
| 18. Número de la facilidad funeraria o crematorio: _____                                                  | 22. Lugar del cementerio o crematorio:<br>Estado o País: _____ Municipio: _____ |



**16. Método de disposición y Fecha de disposición:**

- a. Marque el método de disposición del feto. Las opciones son: Disposición por Hospital, donación, traslado, enterramiento, cremación, traslado fuera de Puerto Rico, y otro (especifique).
- b. Escriba la fecha de disposición en el encasillado.

**17. Nombre de la facilidad funeraria o crematorio:**

- a. Escriba, en el espacio provisto, el nombre completo de la Funeraria o de la facilidad de cremación a través de la cual se dispuso del cadáver.

**18. Número de la facilidad funeraria o crematorio:**

- a. Anote el número de la facilidad funeraria o crematorio de la cual se dispuso del cadáver.

**19. Nombre y firma del director funerario:**

- a. En este apartado escriba el nombre completo del Director Funerario, el cual debe ser una persona debidamente calificada y certificada como tal por el Secretario de Salud de Puerto Rico (Capítulo IV, Artículo 4.02. –Funerarias; Dirección de la Ley Núm. 258 del año 2012, según enmendada, mejor conocida como Ley de Servicios Funerarios de Puerto Rico).

**20. Número de licencia del director funerario:**

- a. Escriba el número de licencia del Director de la Funeraria.

**21. Nombre del lugar de la disposición (nombre del cementerio, crematorio, otro lugar)**

- a. Escriba el nombre del cementerio, facilidad de cremación o cualquier otro lugar de disposición.

**22. Lugar del cementerio o crematorio:**

- a. En este apartado escriba el nombre del municipio de Puerto Rico, ciudad de Estados Unidos, o ciudad del país fuera de Puerto Rico y de los Estados Unidos donde se dispuso de los restos fetales.

**23. Estado o País-** Escriba Puerto Rico, el nombre del estado de Estados Unidos, o país fuera de Puerto Rico y de los Estados Unidos donde se dispuso de los restos fetales.