

Distretto registrato 2952
NUMERO REGISTRO 1862

STATO DI NEW YORK
DIPARTIMENTO DELLA SALUTE
CERTIFICATO DI MORTE

NUMERO DI REGISTRO STATALE

DECEDUTO	1. NOME: PRIMO SECONDO COGNOME CARMELA VETRANO		2. SESSO: MASCCHIO <input checked="" type="checkbox"/> FEMMINA		3A. DATA DI MORTE: MESE GIORNO ANNO FEB 26 1989		3B. ORA: 03:10 AM		
	4A. LUOGO DELLA MORTE: OSPEDALE OSPEDALE DEGENTE CASA RESIDENZA ALTRO (Indicare solo una) GIUNTO CADAVERE/P. S. PAZ. ESTERNO DI CURA PRIVATA (SPECIF.) XX						4B. SE IN STRUTTURA, DATA DI INGRESSO: MESE GIORNO ANNO FEB 23 1989		
	4C. NOME DELLA STRUTTURA: (se non in struttura indicare l'indirizzo) MARCY HOSPITAL				4D. LOCALITÀ: (indicare una e specificare) CITTÀ X VILLAGGIO PAESE ROCKVILLE CENTRE		4E. CONTEA DELLA MORTE: NASSAU		
	4F. N° REGISTRAZIONE MEDICA: 0203105		4G. IL DECEDUTO È STATO TRASFERITO DA UN ALTRO ISTITUTO? (se sì, specificare nome, città o paese, contea e stato) XX No Sì						
	5. DATA DI NASCITA: MESE GIORNO ANNO 12 19 1917		6. ETÀ: 71 ANNI		MINORE 1 ANNO MINORE 1 GIORNO MESI GIORNI ORE MINUTI		7A. CITTÀ E STATO DI NASCITA: (Paese, se non negli U.S.A.) OZONE PARK		7B. SE MINORE DI 1 ANNO, NOME DELL'OSPEDALE DI NASCITA:
	8. HA MAI SERVITO NELL'ESERCITO DEGLI U.S.A.? (specificare anni) X NO sì			9. RAZZA: (Nero, bianco, ecc.) BIANCA		10. ORIGINE ISPANICA? (se sì, specificare) XNO sì		11. ISTRUZIONE (indicare solo una casella) 08 1. 0-11 2. X 12 3. 13-15 4. 16 5. 17+	
	12. NUMERO PREVIDENZA SOCIALE: 096-05-4634		13. STATO 1. MAI SPOSATO 2. X SPOSATO O SEPARATO CIVILE: 3. VEDOVO 4. DIVORZIATO			14. CONIUGE SOPRAVVIVENTE: (se moglie, indicare nome da nubile) LOUIS			
	15A. OCCUPAZIONE ABITUALE: (Non scrivere pensionato) CASALINGA		15B. TIPO DI ATTIVITÀ O INDUSTRIA: NON DISPONIBILE		15C. NOME E LOCALITÀ DELLA COMPAGNIA O AZIENDA: NON DISPONIBILE				
	16A. RESIDENZA, STATO: NEW YORK		16B. CONTEA: NASSAU	16C. LOCALITÀ: (indicare una e specificare) CITTÀ X VILLAGGIO PAESE N. MASSAPEQUA			16F. SE CITTÀ O VILLAGGIO, LA RESIDENZA È ALL'INTERNO DEI CONFINI AMMINISTRATIVI? sì X NO (se no, specificare il paese)		
	16d. via e numero della residenza: 212 No. MICHIGAN AVENUE				16E. CAP 11758		OYSTER BAY		

GENI TORI	17. NOME DEL PADRE: PRIMO SECONDO COGNOME JOSEPH DOMINICO			18. NOME DA NUBILE DELLA MADRE: PRIMO SECONDO COGNOME CARMELA N/A		
-----------	--	--	--	--	--	--

19A. NOME DEL DICHIARANTE: LOUIS VETRANO		19B. INDIRIZZO POSTALE: (compreso CAP) 212 NO. MICHIGAN AVE. N. MASSAPEQUA 11758	
---	--	---	--

DISPOSIZIONE	20A. SEPOLTURA, CREMAZIONE, RIMOZIONE O ALTRA DISPOSIZIONE: (specificare) Sepoltura		MESE GIORNO ANNO 3 1 89		20B. LUOGO DELLA SEPOLTURA, CREMAZIONE, RIMOZIONE O ALTRA DISPOSIZIONE: ST. CHARLES CEMETERY		20C. LOCALITÀ (Città o paese e stato) FARMINGDALE, NY.	
	21A. NOME E INDIRIZZO DELLE POMPE FUNEBRI: JAMES FUNERAL HOME OF MASSAPEQUA, 540 BROADWAY				21B. NUMERO DI REGISTRAZIONE: 01229			
	22A. NOME DEL DIRETTORE DELLE POMPE FUNEBRI: JOSEPH J. YANNUCCI		22B. FIRMA DEL DIRETTORE DELLE POMPE FUNEBRI: [FIRMA ILLEGGIBILE]		22C. NUMERO DI REGISTRAZIONE: 06413			
	23A. FIRMA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE: [FIRMA ILLEGGIBILE]		23B. DATA DI ARCHIVIAZIONE: (M/G/A) 2/28/89		24A. PERMESSO DI SEPOLTURA O RIMOZIONE CONCESSO DA: [FIRMA ILLEGGIBILE]		24B. DATA DI EMISSIONE (M/G/A) 2/28/89	

CERTIFICATO	I PUNTI DA 25 A 33 DEVONO ESSERE COMPILATI DAL MEDICO CERTIFICANTE				I PUNTI DA 25 A 33 DEVONO ESSERE COMPILATI DAL CORONER O DAL MEDICO LEGALE			
	25A. AL MEGLIO DELLE MIE CONOSCENZE, LA MORTE È AVVENUTA AL MOMENTO, DATA E LUOGO E PER LE CAUSE RIPORTATE. FIRMA: [Firma illeggibile] M/G/A 2/26/89				25A. SULLA BASE DELLE INDAGINI E DEGLI ESAMI CHE HO RITENUTO NECESSARI, È MIO PARERE CHE LA MORTE SIA AVVENUTA AL TEMPO, DATA E LUOGO E PER LE CAUSE RIPORTATE. FIRMA E TITOLO: Coronere/Medico Legale			
	25B. IL MEDICO HA ASSISTITO IL DECEDUTO DAL (M/G/A) 2/20/89 AL (M/G/A) 2/27/89		25C. VISTO VIVO ULTIMA VOLTA (M/G/A) 2/26/89		25B. DICHIARATO MORTO IL M/G/A		25C. ORA	25D. FIRMATO IN DATA M/G/A
	25D. NOME DEL MEDICO CURANTE P. MCCOFFREY		NUMERO DI LICENZA [ILLEGGIBILE]		25E. FIRMA DEL CORONER O DEL MEDICO INDICATO, SE DIVERSO DA QUELLO CHE HA COMPILATO IL CERTIFICATO:			
	26. NOME ED INDIRIZZO DEL CERTIFICANTE: 195 N. VILLAGE AVE. R V C							
	27. MODO DELLA MORTE 1. CAUSA NATURALE 2. INCIDENTE 3. OMICIDIO 4. SUICIDIO 5. CAUSE NON DETERMINATE 6. INDAGINE IN CORSO		28. IL CASO È STATO SEGNALATO AL CORONER O AL MEDICO LEGALE? NO sì		29A. AUTOPSIA? NO sì	29B. SE SÌ, I RISULTATI SONO USATI PER DETERMINARE LA CAUSA DELLA MORTE? NO sì		

CONFIDENZIALE VEDI ISTRUZIONI SUL RETRO PER COMPLETARE LA CAUSA DEL DECESSO CONFIDENZIALE

CAUSA	30. LA MORTE È STATA CAUSATA DA INSERIRE SOLO UNA CAUSA PER RIGA PER (a), (b) e (c)						INTERVALLO APPROSSIMATIVO TRA INSORGENZA E MORTE	
	PARTE I. CAUSA IMMEDIATA (A) CANCRO AL PANCREAS DOVUTO A O CONSEGUENZA DI:						1 ANNO E MEZZO	
	(B) DOVUTA A O CONSEGUENZA DI:							
	(C) DOVUTA A O CONSEGUENZA DI:							
	PARTE II. ALTRE CONDIZIONI SIGNIFICATIVE: CONDIZIONI CHE HANNO CONTRIBUTITO ALLA MORTE MA NON SONO COLLEGATE ALLA CAUSA INDICATA NELLA PARTE I A				28A. AUTOPSIA sì XX NO	28B. SE SÌ, I RISULTATI SONO USATI PER DETERMINARE LA CAUSA DELLA MORTE? SÌ NO		29. IL CASO È STATO RIFERITO AL CORONER O MEDICO LEGALE? SÌ XX NO
31A. DATA DEL FERIMENTO MESE GIORNO ANNO		ORA	30B. LOCALITÀ (VIA O NUM., CITTÀ O PAESE, CONTEA, STATO)			31C. DESCRIVERE COME È AVVENUTO IL FERIMENTO		
31D. LUOGO	31E. FERIMENTO AL LAVORO? sì NO		32. IL DECEDUTO È STATO IN OSPEDALE NEGLI ULTIMI 2 MESI? sì NO		33A. SE DONNA, LA DECEDUTA ERA INCINTA NEGLI ULTIMI SEI MESI? sì NO	33B. DATA DEL PARTO MESE GIORNO ANNO		