

Tuesday, January 18, 2022

## Eusebia Manzano Vda. de Franco

---

### Certificado de Defuncion: 8 Agosto 1947

- Santurce, Municipio de San Juan, Puerto Rico
- Registro Civil de Puerto Rico; Defunciones v. 28-34, 1944-1947; Distrito Numero 264: Numero 389
- "Puerto Rico, Registro Civil, 1805-2001," database with images, *FamilySearch* (<https://familysearch.org/ark:/61903/3:1:9Q97-YS6C-W3J?cc=1682798&wc=9PR1-YWG%3A131682901%2C133364801> : 30 December 2020), Santurce (San Juan) > Defunciones v. 28-34, 1944-1947 > image 2078 of 2117; citing Puerto Rico Departamento de Salud and Iglesia Catolica (Puerto Rico Department of Health and Catholic churches), Toa Alta.
- Transcripción por Aixa M Ribeiro

### CERTIFICADO DE DEFUNCION

Gobierno de Puerto Rico, Departamento de Sanidad, Negociado de Registro y Estadística Demográfica.

No. 389, Distrito Num. 264

#### 1. LUGAR DE DEFUNCION:

- Municipio de San Juan
- Zona Urbana Colon #1609
- Zona Rural: — — —
- Nombre del Hospital o Institución donde ocurrió la Defunción : Hospital Garcia

#### 2. RESIDENCIA USUAL DEL FALLECIDO

- Municipio de San Juan
- Zona Urbana Colon 1609
- Zona Rural: Pda. 426, Santurce
- Tiempo de Residencia en este Municipio: toda la vida
- ?Es ciudadano de país extranjero? No

3. a. NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO: **Eusebia Manzano vda. de Franco**

**4. Sexo: F**

5. Color de raza: B [blanca]

6. a. Viuda

b. Viuda de Natalio Franco

8. Edad: 74 años

9. Natural de San Juan

10 Oficio, Profesión u Ocupación: Dom.

PADRE

12. Nombre: **Diego Manzano**

13. Natural de San Juan

MADRE

14. Nombre de Soltera: **Eduvigis Flores**

15. Natural de San Juan

16 a. Firma del declarante: **Rafael Miranda**

16 b. Dirección : Colon 1609

17. a. Cementerio donde fue enterrado o sitio donde se traslado el cadaver: Carolina, P.R.

17.b. Fecha de Inhumación o Traslado: Agosto 9 / 47

18. a. Firma del Agente Funerario: A. Fdez

18.b. Dirección: Santurce, P.R.

19. A Inscrito hoy 9 de Agosto de 19479.b.

Encargado del Registro: Filiberta Anes

## CERTIFICACION MEDICA

20. Fecha de Defunción: Mes Agosto Día 8 año 1947 Hora 10 Minutos 55

21. POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE:

b. No asistí al fallecido y esta Certificación se hace a base de información suministrada por Record de Hosp.

Causa inmediata de la muerte: Embolismo Pulmonar Debido a apendicitis, gangrena  
Otras causas; operada

Duración desde 7/31/47

Nombre y fecha de operación quirúrgica, si la hubo 8/4/47 open letotomia

23. a. Nombre del medico: Jorge A. Colon

23.b. Firma del medico: “ “

23. c. Fecha 8/8/ 47

23. d. Dirección: Hospital Diaz Garcia

Permiso de Traslado expedido en 9 Agosto 1947 Por: Filiberta Anes

|                                                                    |                                  |                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Person Details for Eusebia Manzano, "Puerto Rico, Civil Registr... |                                  | <a href="https://familysearch.org/ark:/61903/1:1:QVJS-ZM31">https://familysearch.org/ark:/61903/1:1:QVJS-ZM31</a> |
| <b>Eusebia Manzano</b><br>Puerto Rico, Civil Registration          |                                  |                                                                                                                   |
| Name                                                               | Eusebia Manzano                  |                                                                                                                   |
| Event Type                                                         | Death                            |                                                                                                                   |
| Event Date                                                         | 08 Aug 1947                      |                                                                                                                   |
| Event Place                                                        | Santurce (San Juan), Puerto Rico |                                                                                                                   |
| Gender                                                             | Female                           |                                                                                                                   |
| Birth Year (Estimated)                                             | 1873                             |                                                                                                                   |
| Father's Name                                                      | <a href="#">Diego Manzano</a>    |                                                                                                                   |
| Mother's Name                                                      | <a href="#">Celedonio Flores</a> |                                                                                                                   |
| Spouse's Name                                                      | <a href="#">Natalio Franco</a>   |                                                                                                                   |
| Volume                                                             | Defunciones v. 28-34, 1944-1947  |                                                                                                                   |

**PUERTO RICO, CIVIL REGISTRATION, 1805-2001**

Digital Folder Number 004493673  
Image Number 02078

**CITING THIS RECORD**

"Puerto Rico, Registro Civil, 1805-2001," database with images, *FamilySearch* (<https://familysearch.org/ark:/61903/1:1:QVJS-ZM31> : 16 April 2015), Eusebia Manzano, 08 Aug 1947; citing Santurce (San Juan), Puerto Rico, oficinas del ciudad, Puerto Rico (city offices, Puerto Rico).

No. 389  
[Para el Encargado del Registro]

GOBIERNO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE SANIDAD  
NEGOCIADO DE REGISTRO Y  
ESTADISTICA DEMOGRAFICA

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DISTRITO Núm. 264

No. DE ARCHIVO \_\_\_\_\_  
[No escriba en este espacio]

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>1. LUGAR DE DEFUNCION:</b><br>(a) Municipio de <u>San Juan</u><br>(b) Zona Urbana <u>Colón #1609</u><br>[Calle y Número o Barrada]<br>(c) Zona Rural: _____<br>[Nombre del Barrio]<br>(d) Nombre del Hospital o Institución donde ocurrió la Defunción <u>Hospital de San Juan</u><br>(e) Estadía en dicho Hospital o Institución _____<br>[Especifique Año, Mes, Día] |  | <b>2. RESIDENCIA USUAL DEL FALLECIDO:</b><br>(a) Municipio de <u>San Juan</u><br>(b) Zona Urbana <u>Colón #1609</u><br>[Calle y Número o Barrada]<br>(c) Zona Rural <u>Pda. 434 San Juan</u><br>[Nombre del Barrio]<br>(d) Tiempo de Residencia en este Municipio <u>la vida</u><br>(e) ¿Es ciudadano de país extranjero? <u>no</u> (Si o No)<br>Si lo es, mencione el país _____ |  |
| <b>3. (a) NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO</b> <u>Cusebia Manzano de Franco</u><br>(b) Si es Veterano, nombre de la Guerra _____<br>(c) No. seguridad social _____                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <b>4. Sexo</b> <u>M</u> <b>5. Color</b> <u>graza</u> <b>6. (a) Solter</b> <u>Casado</u><br><b>Viudo</b> <u>Divorciado</u><br><b>6. (b) Expos</b> <u>de: Viudo</u> <b>de: Divorciado</b> <u>de</u><br><u>Estadío</u> <u>de</u> <u>Edad si vive</u> _____                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <b>7. Nacido en:</b> _____<br>[Día] [Mes] [Año]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <b>8. Edad:</b> años <u>74</u> Meses _____ Días _____<br>Si menor de un día _____<br>Horas _____ Minutos _____                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <b>9. Natural de:</b> <u>San Juan</u><br>[Ciudad o Pueblo] [Estado o País]                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <b>10. Oficio, Profesión u Ocupación</b> <u>dom</u><br><b>11. (a) Industria o Negocio</b> _____<br>en que trabajaba _____<br>(b) Fecha en que trabajó por última vez en esta ocupación _____<br>[mes y año] (c) Años que ha trabajado en esta ocupación _____                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <b>12. Nombre</b> <u>Diego Manzano</u><br><b>13. Natural de</b> <u>San Juan</u><br><b>14. Nombre de Soltera</b> <u>Guadalupe Flores</u><br><b>15. Natural de</b> <u>San Juan</u>                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <b>16. (a) Firma del Informante</b> <u>Rafael Miranda</u><br>(b) Dirección <u>Colón #1609</u>                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <b>17. (a) Cementerio donde fué enterrado o sitio donde se trasladó el Cadáver</b> <u>Carolina, P.R.</u><br>(b) Fecha de Inhumación o Traslado <u>agosto 9/47</u>                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <b>18. (a) Firma del Agente Funerario</b> <u>R. J. J. J.</u><br>(b) Dirección <u>San Juan, P.R.</u>                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <b>19. (a) Inscrito hoy</b> <u>9 agosto 1947</u><br>[Día] [Mes] [Año]<br>(b) Encargado del Registro <u>F. J. J. J.</u>                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| Permiso de (Enterramiento) (Traslado) expedido en <u>9 agosto 1947</u> Por: <u>F. J. J. J.</u>                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |

CERTIFICACION MEDICA

**20. Fecha de Defunción:** Mes agosto Día 8  
Año 1947 Hora 10 Minutos 55

**21. POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE:** (Complete a o b)  
(a) Asistí al fallecido desde \_\_\_\_\_ 194\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ 194\_\_\_\_, y que lo vi vivo por última vez en \_\_\_\_\_ 194\_\_\_\_.  
(b) No asistí al fallecido y esta Certificación se hace a base de información suministrada por Record de Hosp. [Nombre del informante] \_\_\_\_\_, en su carácter de [padre, madre, hermano, amigo, etc.] \_\_\_\_\_ del fallecido.

**Causa inmediata de la muerte** Embolismo Pulmonar **DURACIÓN:** deca  
Debido a apendicitis, gongrena  
Otras causas operación 7/21/47

[Anótese embarazo dentro de los 3 meses antes de la defunción]  
**Diagnóstico confirmado por:**  
(a) Examen de laboratorio [Mencione el análisis]  
(b) Rayos X (c) Autopsia  
Nombre y fecha de la operación quirúrgica, si la hubo 8/4/47 Apandicetomia  
Motivo que la requirió \_\_\_\_\_

**22. Si la muerte fué violenta llene los siguientes apartados:**  
(a) ¿Accidente, suicidio u homicidio? \_\_\_\_\_  
(b) Fecha en que ocurrió \_\_\_\_\_ 19\_\_\_\_  
(c) Sitio donde ocurrió \_\_\_\_\_  
(d) Especifique la lesión y el arma o instrumento que la causó \_\_\_\_\_

**23. (a) Nombre del médico** Jorge A. Colón  
(b) Firma del médico \_\_\_\_\_ M.D.  
(c) Fecha 8/8/47 19.47  
(d) Dirección Hosp. de San Juan