



# SOLICITUD DE REGISTRO DE DEFUNCIÓN

FECHA DE REGISTRO \_\_\_\_\_

SEXO **HOMBRE** ( ) **MUJER** ( )

## FINADO

NOMBRE \_\_\_\_\_

NOMBRE (S)

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

AÑOS / MESES / DIAS / HORAS

LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

LOCALIDAD

MUNICIPIO

ENTIDAD FEDERATIVA

PAIS

DOMICILIO HABITUAL \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA CALLE, NO. EXTERIOR Y/O INTERIOR

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_ ENTIDAD FEDERATIVA \_\_\_\_\_ PAIS \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL CONYUGUE \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LA MADRE \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

## FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCIÓN \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

LUGAR \_\_\_\_\_ CERTIFICADO No. \_\_\_\_\_

DESTINO DEL CADÁVER **INHUMACIÓN** ( ) **CREMACIÓN** ( ) NOMBRE DEL PANTEÓN O CREMATORIO \_\_\_\_\_

UBICACIÓN \_\_\_\_\_ ORDEN No. \_\_\_\_\_

DONDE FALLECIÓ \_\_\_\_\_

CAUSAS DE LA MUERTE **A)** \_\_\_\_\_

**B)** \_\_\_\_\_

**C)** \_\_\_\_\_

**D)** \_\_\_\_\_

TIPO DE DEFUNCIÓN \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN \_\_\_\_\_

NO. DE CÉDULA PROFESIONAL \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

## DECLARANTE

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ AÑOS

NACIONALIDAD \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

NÚMERO TELÉFONICO \_\_\_\_\_

## TESTIGOS

NOMBRE \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ AÑOS

DOMICILIO \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ AÑOS

DOMICILIO \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

## NOTA IMPORTANTE

A TODAS LAS PERSONAS, QUE REALICEN EL TRAMITE DE UN REGISTRO, FAVOR DE LLENAR LA SOLICITUD DE ACUERDO CON SUS ACTAS DE NACIMIENTO, TOMANDO EN CUENTA LA ORTOGRAFÍA CORRESPONDIENTE, YA QUE **EL REGISTRO CIVIL NO SE HACE RESPONSABLE DEL CAMBIO DE LETRAS O FECHAS.**