



CANCELADO

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

modelo 2003

FOLIO DE CAPTURA

03109901

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL Y LAS DOS COPIAS AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

Main form containing sections: 1. NOMBRE DEL FALLECIDO, 2. FECHA DE NACIMIENTO, 3. SEXO, 4. EDAD CUMPLIDA, 5. NACIONALIDAD, 6. ESTADO CONYUGAL, 7. RESIDENCIA HABITUAL, 8. OCUPACION HABITUAL, 9. ESCOLARIDAD, 10. DERECHO HABIENTE, 11. NOMBRES, 12. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN, 13. SITIO, 14. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN, 15. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE SU ÚLTIMA ENFERMEDAD, 16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN, 17. SI LA FALLECIDA ES UNA MUJER, ESPECIFIQUE SI ESTUVO EMBARAZADA O EN EL QUERPERIO DURANTE, 18. LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE SI SE TRATA DE, 19. CERTIFICADA POR, 20. NOMBRE DEL INFORMANTE, 21. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO, 22. Lugar y fecha del registro.

Vertical grid on the right side of the form with labels R2 through R22.4 and corresponding numerical values for data capture.

ATENCIÓN: SE LE RECUERDA AL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL QUE DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD