

Certificado de Defunción

Nombre del fallecido: _____

Fecha del óbito: _____ Hora del óbito: _____

Descripción del fallecido:

Sexo: _____ Características o marcas distintivas: _____

Raza: _____

Altura: _____

Peso: _____

Pelo: _____

Ojos: _____

Causa de la muerte: _____

Descripción de la muerte: _____

Firma del médico asistente

Firma del médico asistente

Firma del médico asistente