

# 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