



SOLICITUD  
REGISTRO DE DEFUNCION

FECHA \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL FINADO:** \_\_\_\_\_

LUGAR DE LA DEFUNCION \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

**TIPO DE DEFUNCION:** NATURAL O POR ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_ MUERTE VIOLENTA: \_\_\_\_\_

EN CASO DE SER MUERTE VIOLENTA INGRESE NUMERO DE AVERIGUACION: \_\_\_\_\_

INHUMACION  CREMACION

LUGAR DONDE SERA LA INHUMACION \_\_\_\_\_

NUMERO DE CERTIFICADO DE DEFUNCION: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL DECLARANTE** \_\_\_\_\_

CURP \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL MEDICO CERTIFICANTE** \_\_\_\_\_

CEDULA DEL MEDICO CERFICANTE: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL TESTIGO 1** \_\_\_\_\_

CURP \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL TESTIGO 2** \_\_\_\_\_

CURP \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_