RELACIONES EXTERIORES
SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES

Embajada de México en España

SOLICITUD DE REGISTRO DE DEFUNCION

PERSONA FALLECIDA:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
LUGAR DE NACIMIENTO: _____
FECHA DE DEFUNCION: _____ HORA: _____
LUGAR: _____ OCUPACION: _____
ESTADO CIVIL: _____
NOMBRE DEL CONYUGE : _____
DOMICILIO: _____
NOMBRE PADRE: _____
NOMBRE MADRE: _____
MEDICO QUE CERTIFICA: _____

EL CUERPO SERA: ☐ INHUMADO ☐ CREMADO

EN CASO DE INHUMACION:
PANTEÓN: _____
DOMICILIO: _____

CAUSAS DE LA MUERTE: _____

PERSONA DECLARANTE:

NOMBRE: _____
FECHA NACIMIENTO: _____
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
DOMCILIO: _____

Teléfono de contacto: _____ **Correo electrónico:** _____

PRIMER TESTIGO

NOMBRE: _____
FECHA NACIMIENTO: _____
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
DOMCILIO: _____

SEGUNDO TESTIGO

NOMBRE: _____
FECHA NACIMIENTO: _____
NACIONALIDAD: _____ PARENTESCO: _____
DOMCILIO: _____