

1) NOMBRE Y APELLIDOS DEL DIFUNTO:

Nombre

1er. apellido

2do. apellido

CONOCIDO COMO:

Nombre

1er. apellido

2do. apellido

2)

a) - NACIONALIDAD

b) - Cedula o Doc. de Ident.

3) SEXO:

1. ☐ HOMBRE2. ☐ MUJER

4) ULTIMO ESTADO CIVIL:

1. ☐ MENOR2. ☐ SOLTERO3. ☐ CASADO4. ☐ VIUDO5. ☐ DIVORCIADO6. ☐ UNION LIBRE7. ☐ SEPARADO5) FECHA DE NACIMIENTO
DEL FALLECIDO:

EDAD CUMPLIDA:

En años 5.

En meses 4.

En semanas 3.

En días 2.

En horas 1.

DIA

MES

AÑO

6) RESIDENCIA HABITUAL:

Provincia

Cantón

Distrito

Barrio o Caserio

REG. AUX.: SI LA DEFUNCION NO OCURRIO EN UNA INSTITUCION HOSPITALARIA, DEBE ADJUNTAR EL CERTIFICADO MEDICO Y COPIA, DEJANDO LAS CASILLAS 7a, 7b, 7c y 7d EN BLANCO.

7a)

I PARTE
CAUSA DIRECTA O INMEDIATAAsiente solo una causa en cada una de las líneas a), b) y c):
Anote en a), la enfermedad, traumatismo o complicaciones inmediatas a la muerte, y no la forma de morir, como: desfallecimiento del corazón, asfixia, asfénia, etc.CAUSAS ANTECEDENTES
Causas antecedentes en b) y c), o condiciones morbosas si existiera alguna que produjeron la causa especificada en a) mencionándose en último lugar la causa básica o fundamental.II PARTE
Otras condiciones patológicas significativas que contribuyeron a la muerte pero no relacionadas con la enfermedad o condición morbosa que la produjo

(a)

Debida a, o como consecuencia de (b)

(b)

Debida a, o como consecuencia de (c)

(c)

Intervalo aproximado
entre la iniciación
y la muerte

7b) SI LA MUERTE SE DEBIO A FACTORES EXTERNOS SE DEBE ESTABLECER SI FUE:

☐ SUICIDIO☐ HOMICIDIO☐ ACCIDENTE

Describanse los medios usados y en caso de accidente, el tipo, circunstancias y lugar

7c) FECHA DE OPERACION:

HALLAZGOS:

AUTOPSIA

Día Mes Año

1. ☐ SI2. ☐ NO7d) ASISTENCIA MEDICA EN ESA(S)
ENFERMEDAD(ES):1. ☐ SI2. ☐ NO

DESDE

Día

Mes

Año

HASTA

Día

Mes

Año

Nombre y código del médico que certifica

Firma del médico

8) MURIO EN:

☐ SU HOGAR☐ EN EL EXTERIOR

Nombre del hospital, institución u otro lugar

NACIO MUERTO:

SI ☐NO ☐

Nº MESES EMBARAZO:

10) FECHA DE MUERTE:

Hora

Día

Mes

Año

11) OCUPACION:

12) SEPULTADO EN:

Provincia

Cantón

Distrito

Nombre del cementerio

13) DATOS DEL PADRE:

Nombre

1er. apellido

2do. apellido

Nacionalidad

Cédula o Doc. de Ident.

14) DATOS DE LA MADRE:

Nombre

1er. apellido

2do. apellido

Nacionalidad

Cédula o Doc. de Ident.

15) DATOS DEL DECLARANTE:

Nombre y Apellidos de quien declara

Dirección del Declarante por calles y avenidas, No. de casa o cualquier otro punto de referencia.

Teléfono

Parentesco con el (la) fallecido (a)

Firma del declarante

16) SI NO SABE FIRMAR, LO HARA OTRA PERSONA A RUGO:

Nombre y apellidos

Cédula o Doc. de Ident.

Firma

17) ANTE

Nombre y apellidos del registrador

Lugar

18) FECHA DE ESTA DECLARACION

Día

Mes

Año

Firma del registrador

SELLO

OBSERVACIONES:

CASILLA
PARA USO DEL
REGISTRO
CIVIL

Asiento

Folio

Tomo

Provincia

INSCRITO EL MATRIMONIO EN

INSCRITO EL NACIMIENTO EN

EMPLEADO QUE EFECTUO LA CANCELACION

FECHA

Asiento

Folio

Tomo

Provincia

ESTE CERTIFICADO QUEDA INSCRITO

EMPLEADO QUE LA INSCRIBIO

CALIFICADO POR

NO APARECE INSCRITO: EL MATRIMONIO EL NACIMIENTO