



CERTIFICADO DE DECLARACIÓN  
DE DEFUNCIÓN  
REGISTRO CIVIL  
TRIBUNAL SUPREMO DE ELECCIONES  
REPÚBLICA DE COSTA RICA

ORIGINAL PARA REGISTRO CIVIL

1) NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA FALLECIDA:				PARA USO DEL REGISTRO CIVIL	
NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
CONOCIDO COMO:					
NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2) A) NACIONALIDAD:		5) FECHA DE NACIMIENTO DE LA PERSONA FALLECIDA:		EDAD CUMPLIDA:	
B) CÉDULA O DOC. DE IDENT.		DÍA MES AÑO		EN AÑOS: 5. EN MESES: 4. EN SEMANAS: 3. EN DÍAS: 2. EN HORAS: 1.	
3) SEXO: 1. <input type="checkbox"/> HOMBRE 2. <input type="checkbox"/> MUJER 3. <input type="checkbox"/> INDETERMINADO		6) RESIDENCIA HABITUAL:			
4) ÚLTIMO ESTADO CIVIL: 1. <input type="checkbox"/> MENOR 2. <input type="checkbox"/> SOLTERO/A 3. <input type="checkbox"/> CASADO/A 4. <input type="checkbox"/> VIUDO/A 5. <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A 6. <input type="checkbox"/> UNIÓN DE HECHO 7. <input type="checkbox"/> SEPARADO/A		PROVINCIA CANTÓN			
NOMBRE Y APELLIDOS DEL/LA ÚLTIMO/A CÓNYUGE		DISTRITO BARRIO O CASERÍO			
REG. AUX: SI LA DEFUNCIÓN NO OCURRIÓ EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, DEBE ADJUNTAR EL CERTIFICADO MÉDICO Y COPIA, DEJANDO LAS CASILLAS 7A, 7B, 7C, 7D Y 7E EN BLANCO.					
7a) CAUSA DIRECTA O INMEDIATA Asiente 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 DE DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre la iniciación y la muerte	
CAUSA 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.		a) DEBIDA A, O COMO CONSECUENCIA DE (B)			
II PARTE Otras condiciones patológicas significativas que contribuyen a la muerte pero no relacionadas con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.		b) DEBIDA A, O COMO CONSECUENCIA DE (C)			
		c)			
7b) SI LA MUERTE SE DEBIÓ A FACTORES EXTERNOS SE DEBE ESTABLECER SI FUE:		1. <input type="checkbox"/> SUICIDIO 2. <input type="checkbox"/> HOMICIDIO 3. <input type="checkbox"/> ACCIDENTE 4. <input type="checkbox"/> ACCIDENTE LABORAL			
DESCRÍBANSE LOS MEDIOS USADOS Y EN CASO DE ACCIDENTE, EL TIPO, CIRCUNSTANCIAS Y LUGAR					
7c) FECHA DE OPERACIÓN:		HALLAZGOS:		AUTOPSIA	
DÍA MES AÑO				1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO	
7d) ASISTENCIA MÉDICA EN ESA (S) ENFERMEDAD (ES): 1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO		DESDE DÍA MES AÑO		HASTA DÍA MES AÑO	
NOMBRE DEL PROFESIONAL EN MEDICINA QUE CERTIFICA		FIRMA DEL PROFESIONAL EN MEDICINA		CÓDIGO	
7e) SI ESTA DEFUNCIÓN ES DE UNA MUJER, INDIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE: 1. <input type="checkbox"/> EMBARAZO 2. <input type="checkbox"/> PARTO 3. <input type="checkbox"/> POSPARTO (HASTA 42 DÍAS) 4. <input type="checkbox"/> NINGUNA		9) LUGAR DE DEFUNCIÓN:			
8) MURIÓ EN: 1. <input type="checkbox"/> SU HOGAR 2. <input type="checkbox"/> EN OTRO PAÍS		PROVINCIA			
NOMBRE DEL HOSPITAL, INSTITUCIÓN U OTRO LUGAR		DISTRITO BARRIO O CASERÍO			
10) FECHA DE MUERTE: HORA DÍA MES AÑO		11) OCUPACIÓN:			
12) SEPULTADO EN:		DISTRITO NOMBRE DEL CEMENTERIO			
PROVINCIA CANTÓN		DISTRITO NOMBRE DEL CEMENTERIO			
13) DATOS DEL PADRE:		14) DATOS DE LA MADRE:			
NOMBRE		NOMBRE			
PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO		PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO			
NACIONALIDAD CÉDULA O DOC. DE IDENT.		NACIONALIDAD CÉDULA O DOC. DE IDENT.			
15) DATOS DE LA PERSONA DECLARANTE:					
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN DECLARA / CÉDULA O DOCUMENTO DE IDENTIDAD					
DIRECCIÓN DE LA PERSONA DECLARANTE POR CALLES Y AVENIDAS, N°. DE CASA O CALQUIER OTRO PUNTO DE REFERENCIA					
PARENTESCO CON LA PERSONA FALLECIDA		No. DE TELÉFONO		FIRMA DE LA PERSONA DECLARANTE	
16) SI NO SABE FIRMAR, LO HARÁ OTRA PERSONA A RUGO:					
NOMBRE Y APELLIDOS		No. CÉDULA O DOC. DE IDENT.		FIRMA	
17) ANTE:					
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA REGISTRADORA				LUGAR	
18) FECHA DE ESTA DECLARACIÓN: DÍA MES AÑO		FIRMA DE LA PERSONA REGISTRADORA			
OBSERVACIONES:				SELLO DE LA OFICINA	

ASIENTO FOLIO TOMO ASIENTO FOLIO TOMO ASIENTO FOLIO TOMO

INSCRITO EL NACIMIENTO EN: INSCRITO EL MATRIMONIO EN: CANCELADO POR:

ESTE CERTIFICADO QUEDA INSCRITO:

ASIENTO FOLIO TOMO ASIENTO FOLIO TOMO

OCOM/KM/1/16

AL LLENAR ESTA DECLARACIÓN DEBE HACERLO A MÁQUINA O BOLÍGRAFO APRETANDO CON FIRMEZA AL ESCRIBIR