



TRANSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

Fecha del Servicio: _____

Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente: _____

Nombres y apellidos del Médico que certifica: _____

Datos del Certificado del Registro Civil del nacimiento

Tomo: _____ Folio: _

Fecha: _____
Día Mes Año

Datos de quien solicita la transcripción

Nombres y Apellidos: _____

Número de Pasaporte o Identidad Personal: _____

Parentesco con el fallecido: _____

Dirección: _____

Firma de quien solicita la transcripción: _____

Nombre y apellidos y cargo del funcionario Consular

Cuño de la Oficina Consular: