



TRANSCIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

Fecha del Servicio: _____

Datos de la persona fallecida

Nombres (s): _____

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Sexo: _____ Edad: _____ No. de Pasaporte _____

Fecha del fallecimiento _____

Día	Mes	Año	Hora (AM/PM)
-----	-----	-----	--------------

Lugar de nacimiento: _____

Fecha del nacimiento: _____

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Estado civil: _____ Ocupación: _____

Nombres y apellidos del padre: _____

Nombres y apellidos de la madre: _____

Domicilio permanente del fallecido:

Cementerio donde será sepultado en Cuba: _____

Datos de la defunción

Fecha del fallecimiento _____

Día	Mes	Año	Hora (AM/PM)
-----	-----	-----	--------------

Lugar de ocurrencia: _____

Causa de la muerte: _____



TRANSCIPCIÓN 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: