

SOLICITUD DE TRANSCRIPCIÓN DE DEFUNCIÓN

DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA

Nombre(s) del Fallecido _____
Sexo: M ___ F ___
Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____
Fecha del Fallecimiento: Hora _____ AM, PM; Día _____, Mes _____,
Año _____
Lugar de Nacimiento: _____ (Mncpio.
Provincia, País)
Edad: _____
Fecha Nacimiento: Día ___ Mes ___ Año ___ Nro. Pasaporte o Identidad _____
Estado Civil : _____ Ocupación _____
Nombre(s) y Apellidos del Padre: _____
Nombre(s) y Apellidos de la Madre _____
Domicilio permanente del fallecido _____
Lugar del Fallecimiento _____
Causa de la Muerte _____
Nombre(s) y Apellidos del Médico que certifica el fallecimiento: _____
Lugar donde será sepultado: _____

DATOS DE LA DEFUNCIÓN:

Fecha: Día ___ Mes ___ Año ___ Hora _____ (AM. PM),
Lugar de la ocurrencia: (*Hospital o Domicilio particular: en cualquier caso la
Dirección completa*) _____

Causa de la Muerte: _____
Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente: _____
Nombre(s) y Apellidos del Médico que Certifica la Muerte: _____

**DATOS DEL CERTIFICADO. DEL REGISTRO CIVIL O SU EQUIVALENTE
EXTRANJERO**

Registro Civil de: (*Poner el Nombre del Reg. Civil; Lugar, Municipio, Provincia,
País*) _____
Tomo _____, Folio _____, Fecha: Día _____, Mes _____, Año _____

DATOS DE QUIEN SOLICITA LA TRANSCRIPCIÓN

Nombre(s) y Apellidos: _____
Nro. del Pasaporte o Identidad: _____ Parentesco con el
Fallecido: _____
Dirección: (*Poner Calle, Nro., Entre Calle, Apto., Barrio, Municipio Ciudad,
Prov., País*) _____

Firma de quien Solicita la Transcripción

Nombre, apellidos, y cargo del
Funcionario consular
Cuño de la Oficina

Teléfono y/o correo electrónico: _____