

**Consulado General de Cuba en Washington DC**  
**Modelo 13/30 Modificado**

**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 ) \_\_\_\_\_  
Fecha Nacimiento: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_ Nro. Pasaporte o Identidad \_\_\_\_\_  
Edad al fallecer: \_\_\_\_\_  
Registro Civil de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Tomo: \_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
Nombre(s) y Apellidos del Padre: \_\_\_\_\_  
Nombre(s) y Apellidos de la Madre \_\_\_\_\_  
Domicilio permanente del fallecido \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA DEFUNCIÓN:**

Fecha: Día \_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ (AM. PM) ,  
Lugar del Fallecimiento: (*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: \_\_\_\_\_  
Lugar donde será sepultado: \_\_\_\_\_

**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 y Apellidos, y Cargo del funcionario consular:

Cuño de la Oficina