

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
REGISTRO CIVIL

ACTA DE DEFUNCION

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION

OFICIALIA	LIBRO No.	ACTA No.	LOCALIDAD	FECHA DE REGISTRO		
				DIA	MES	AÑO
MUNICIPIO			ENTIDAD FEDERATIVA			
NOMBRE: _____			FINADO	SEXO: HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>		
FECHA DE NACIMIENTO: _____			EDAD	NACIONALIDAD: _____		
LUGAR DE NACIMIENTO: _____			NOMBRE DE LA CALLE, No. EXTERIOR E INTERIOR			
DOMICILIO HABITUAL: _____			ESTADO CIVIL: _____			
NOMBRE DEL CONYUGE			NACIONALIDAD: _____			
NOMBRE DEL PADRE			NACIONALIDAD: _____			
NOMBRE DE LA MADRE			NACIONALIDAD: _____			
FALLECIMIENTO						
FECHA DE DEFUNCION			LUGAR			HORA: _____
DESTINO DEL CADAVER			NOMBRE DEL PANTEON O CREMATORIO:			CERTIFICADO No. _____
UBICACION			DONDE FALLECIO			ORDEN No. _____
CAUSA(S) DE LA MUERTE			(A) _____			
			(B) _____			
			(C) _____			
TIPO DE DEFUNCION _____						
NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION _____						
No. DE CEDULA PROFESIONAL _____						
DOMICILIO _____						
DECLARANTE						
NOMBRE _____			EDAD _____		AÑOS _____	
NACIONALIDAD _____			PARENTESCO _____		OCUPACION _____	
DOMICILIO _____						
TESTIGOS						
NOMBRE _____		NACIONALIDAD _____		EDAD _____		AÑOS _____
DOMICILIO _____		OCUPACION _____		PARENTESCO _____		
NOMBRE _____		NACIONALIDAD _____		EDAD _____		AÑOS _____
DOMICILIO _____		OCUPACION _____		PARENTESCO _____		
LA PRESENTE ACTA TIENE ANEXAS LAS ANOTACIONES SIGUIENTES:						
FIRMAS						
_____ DECLARANTE						
_____ TESTIGO			_____ TESTIGO			

SELLO DE LA OFICIALIA DEL REGISTRO CIVIL

SE DIO LECTURA A LA PRESENTE ACTA Y CONFORMES CON SU CONTENIDO LA RATIFICAN Y FIRMAN QUIENES EN ELLA INTERVINIERON Y SABEN HACERLO Y QUIENES NO IMPRIMEN SU HUELLA DIGITAL DOY FE.

EL C. OFICIAL No. _____ DEL REGISTRO CIVIL

nombre _____ firma _____

DATOS COMPLEMENTARIOS		
1.- TUVO EL FALLECIDO ASISTENCIA MEDICA EN SU ULTIMA ENFERMEDAD		
SI (1) <input type="checkbox"/>	NO (2) <input type="checkbox"/>	NO SABE (3) <input type="checkbox"/>
DATOS DEL FALLECIDO CUANDO ESTE TENGA 12 AÑOS Y MAS, EN CASO CONTRARIO CORRESPONDERAN AL JEFE DEL HOGAR		
2.- SITUACION LABORAL		
(1) TENIA TRABAJO <input type="checkbox"/>	(2) DEDICADO A LOS QUEHACERES DEL HOGAR <input type="checkbox"/>	(3) INCAPACITADO PERMANENTEMENTE PARA TRABAJAR <input type="checkbox"/>
(4) ESTABA BUSCANDO TRABAJO <input type="checkbox"/>	(5) JUBILADO O PENSIONADO <input type="checkbox"/>	(6) OTRO <input type="checkbox"/>
3.- SEXO DEL JEFE DEL HOGAR		
HOMBRE (1) <input type="checkbox"/>	MUJER (2) <input type="checkbox"/>	
4.- ESCOLARIDAD		
(1) SIN ESCOLARIDAD <input type="checkbox"/>	(2) DE 4 A 5 AÑOS DE PRIMARIA <input type="checkbox"/>	(3) SECUNDARIA O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/>
(4) DE 1 A 3 AÑOS DE PRIMARIA <input type="checkbox"/>	(5) PRIMARIA COMPLETA <input type="checkbox"/>	(6) PROFESIONAL <input type="checkbox"/>
(7) ULTIMO GRADO AVANZADO <input type="checkbox"/>	(8) PROFESION O EQUIVALENTE <input type="checkbox"/>	(9) OTRO <input type="checkbox"/>
5.- POSICION EN SU TRABAJO		
(1) OBRERO <input type="checkbox"/>	(2) EMPLEADO <input type="checkbox"/>	(3) JORNALERO O PEON <input type="checkbox"/>
(4) TRABAJADOR POR SU CUENTA <input type="checkbox"/>	(5) PATRON O EMPRESARIO <input type="checkbox"/>	(6) TRABAJADOR FAMILIAR NO REMUNERADO <input type="checkbox"/>
6.- INGRESO MENSUAL N \$ _____		