

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS ONICADOS VÍA LEY GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN

Formulario de defunción en español, versión 2019. El formulario está dividido en secciones:

- DEL FALLECIDO:** Incluye datos personales como nombre, fecha de nacimiento, sexo, estado de nacimiento, lugar de nacimiento, nacionalidad, estado civil, ocupación habitual, afiliación a servicios de salud, sitio donde sucedió la defunción, domicilio donde sucedió la defunción, fecha y hora de la defunción, causas de la defunción, y si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años.
- MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS:** Incluye datos sobre la muerte accidental o violenta, como si fue un presunto, si ocurrió en el desempeño de su trabajo, si la defunción fue registrada en el Ministerio Público, y si la muerte fue accidental o violenta.
- DEL CERTIFICANTE:** Incluye datos sobre el certificado, como el nombre del médico tratante, el nombre del certificado, el domicilio y teléfono del certificado, y la fecha de certificación.
- DEL REG. CIVIL:** Incluye datos sobre el registro civil, como la fecha de defunción, el lugar y fecha de registro, y la fecha de certificación.

El formulario está diseñado para ser completado por el médico tratante o el personal autorizado por la Secretaría de Salud.

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD