

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
GOBIERNO DEL ESTADO DE SONORA
REGISTRO CIVIL
ACTA DE DEFUNCION



Gobierno del
Estado de Sonora

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION	CECULA DE REGISTRO DE IDENTIFICACION PERSONAL
--------------------------------------	---

FORMA DO	ACTA No.	LIBRO No.	ACTA No.	LOCALIDAD	FECHA DE REGISTRO
	ENTIDAD FEDERATIVA SONORA				SEXO: MASCULINO <input type="radio"/> FEMENINO <input type="radio"/>
FALLECIMIENTO	NOMBRE (NOMBRE)	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
	ESTADO	OCUPACION		EDAD	
	DOMICILIO	CALLE		COLUMNA	
	LOCALIDAD	LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA (PAB)		COLUMNA	
	LUGAR DE NACIMIENTO	MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA (PAB)		NACIONALIDAD	
	FECHA DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD		NACIONALIDAD	
	NOMBRE Y APELLIDOS DE	NACIONALIDAD		NACIONALIDAD	
	NOMBRE DEL PADRE	NACIONALIDAD		NACIONALIDAD	
	NOMBRE DE LA MADRE	NACIONALIDAD		NACIONALIDAD	
	DESTINO DEL CADAVER	NOMBRE DEL RANTEON OCREMATARIO		NACIONALIDAD	
TESTIGOS	UBICACION	No. CERT. DEFUNCION		HORA	
	FECHA DE DEFUNCION	MES		AÑO	
	LUGAR	CALLE		COLUMNA	
	CAUSA DE LA MUERTE No.	CALLE		COLUMNA	
	HOSPITAL	FUNERARIA		NACIONALIDAD	
	NOMBRE DEL MEDICO QUE CERTIFICO LA DEFUNCION	NACIONALIDAD		No. DE CEDULA PROFESIONAL	
	DOMICILIO	CALLE		COLUMNA	
	LOCALIDAD	LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA (PAB)		COLUMNA	
	NOMBRE	NACIONALIDAD		EDAD	
	NACIONALIDAD	PARENTESCO		PARENTESCO	
DECLARANTE	DOMICILIO	CALLE		COLUMNA	
	LOCALIDAD	LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA (PAB)		COLUMNA	
	NOMBRE	NACIONALIDAD		EDAD	
	NACIONALIDAD	PARENTESCO		PARENTESCO	
	DOMICILIO	CALLE		COLUMNA	
	LOCALIDAD	LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA (PAB)		COLUMNA	
	NOMBRE	NACIONALIDAD		EDAD	
	NACIONALIDAD	PARENTESCO		PARENTESCO	
	DOMICILIO	CALLE		COLUMNA	
	LOCALIDAD	LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA (PAB)		COLUMNA	
FIRMAS	DECLARANTE		TESTIGO		TESTIGO
	TESTIGO		TESTIGO		TESTIGO
DIRECTOR GENERAL DE LA PRESENTE ACTA Y CONFORME CON SU CONTENIDO DE NOTIFICAR Y FIRMAR QUEDAN EN SECA INTERVENCION Y SUSCRIPCIÓN, Y QUIENES NO, IMPRIMEN SU FUELLA, DONDE EL C. OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL					NOMBRE DEL REGISTRO CIVIL PARA
LA PRESENTE ACTA TIENE LAS SIGUIENTES APLICACIONES:					
NOTA COMPLIMENTARIA	TIPO DEL FALLECIDO (SISTEMA MEDICO DURANTE SU ULTIMA ENFERMEDAD): SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		DONDE FALLECIO: HOSPITAL O CLINICA OFICIAL <input type="radio"/> HOSPITAL O CLINICA PRIVADA <input type="radio"/> OTRO LUGAR <input type="radio"/>		
	PARA PERSONAS MAYORES DE 15 AÑOS (PARA MENORES DE ESA EDAD REFIRIENDOSE LOS DATOS AL JEFE DEL ROSAR)				
	ESCOLARIDAD EN ESCOLARIDAD: 1 A 3 AÑOS DE PRIMARIA <input type="radio"/> 4 A 6 AÑOS DE PRIMARIA COMPLETA <input type="radio"/> SECUNDARIA O EQUIVALENTE PREPARATORIA O EQUIVALENTE <input type="radio"/> PROFESIONAL OTRA ESPECIFICA		TRABAJA: NO TRABAJA <input type="radio"/> TRABAJA EN ALGUNA ACTIVIDAD AGRICOLA <input type="radio"/> TRABAJA EN ALGUNA OTRA ACTIVIDAD <input type="radio"/>		
	POSICION EN SU TRABAJO: OBRERO <input type="radio"/> EMPLEADO <input type="radio"/> MIEMBRO DE COOPERATIVA <input type="radio"/> TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA EN LA REPUBLICA O EN SU VIVIENDA <input type="radio"/> JORNALERO O PEON <input type="radio"/> PATRON O EMPRESARIO <input type="radio"/> TRABAJADOR NO REMUNERADO <input type="radio"/>		TRABAJA EN SU VIVIENDA <input type="radio"/>		
	OTRO COMPLEMENTARIO				

Documento No Valido