



CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICAT MÈDIC DE DEFUNCIÓ

Sello/Segell

Nº Certificado/Núm. de certificat

D./Dña. _____
Sr./Sra. _____
en Medicina y Cirugía, colegiado/a en _____, con el número _____
en Medicina y Cirurgia, col·legiat/ada a _____, amb el número _____
y con ejercicio profesional en _____
i amb exercici professional a _____

CERTIFICO la defunción de / CERTIFIQUE la defunció de

Nombre del fallecido/a:
Nom del difunt/a:
1º Apellido del fallecido/a:
1er cognom del difunt/a:
2º Apellido del fallecido/a:
2n cognom del difunt/a:

Fecha de nacimiento: Día Mes Año
Data de naixement: Dia Mes Any

Sexo: Varón Mujer
Sexe: Home Dona

Documento de identidad: D.N.I. Número:
DNI Número:
Pasaporte Número:
Passaport Número:
N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número:
NIE (Targeta de residència) Número:

Hora y fecha de la defunción: Hora : minutos : Día Mes Año
Hora i data de la defunció: Hora : minuts : Dia Mes Any

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / En quin municipi va ocórrer la defunció?: _____

Domicilio particular Centro hospitalario Residencia socio-sanitaria Lugar de trabajo Otro lugar
Domicili particular Centre hospitalari Residència sociosanitària Lloc de treball Un altre lloc

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / Causes de defunció (vegeu instruccions en pàgina 2)

Intervalo de tiempo aproximado¹
Interval de temps aproximat¹

I. Causa inmediata² / Causa immediata²

(a)

Debido a/A causa de

Horas Días Meses Años
Hores Dies Mesos Anys

Causas intermedias³ / Causes intermèdies³

(b)

Debido a/A causa de

Horas Días Meses Años
Hores Dies Mesos Anys

(c)

Debido a/A causa de

Horas Días Meses Años
Hores Dies Mesos Anys

Causa inicial o fundamental⁴ / Causa inicial o fonamental⁴

(d)

Debido a/A causa de

Horas Días Meses Años
Hores Dies Mesos Anys

II. Otros procesos⁵ / Altres processos⁵

Horas Días Meses Años
Hores Dies Mesos Anys

Horas Días Meses Años
Hores Dies Mesos Anys

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / Hi ha hagut indicis de mort violenta? Sí/Sí No/No ¿Se practicó autopsia clínica? / Es va practicar autòpsia clínica? Sí/Sí No/No

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de? / La defunció s'ha produït com a conseqüència directa o indirecta de?

Accidente de tráfico No/No Accidente laboral No/No
Accident de trànsit Sí/Sí Accident laboral Sí/Sí

Fecha del mismo: Día Mes Año
Data de l'accident: Dia Mes Any

En _____, a _____ de _____ de _____
A _____, a _____ de _____ de _____

Firma del médico
Signatura del metge

