INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

Estadística del Movimiento Natural de la Población

Boletín Estadístico de Defunción

DOCUMENTO PROTEGIDO POR EL SECRETO ESTADISTICO

Datos de la inscripción. A rellenar por el encargado del Registro Civil

Códigos (No escribir en estos espacios)

Registro Civil nº____ del municipio de _____ Provincia_____
Inscripción realizada el día _____ de_____ de_____
en el tomo _____ página _____

Datos del fallecido. A rellenar por los familiares o personas obligadas por la Ley a declarar la defunción y, en su defecto, por un funcionario del Registro Civil **(Se ruega escribir con mayúsculas)** (Ver notas a pie de página)

Códigos (No escribir en estos espacios)

Nombre:_____
Primer apellido: _____
Segundo apellido: _____
D.N.I. _____

Fecha de nacimiento: día _____ mes _____ año _____
Lugar de nacimiento: Municipio o país si es en el extranjero _____
Provincia _____
Sexo[1] : Varón ☐ Mujer ☐
Estado civil[1] : Soltero/a☐ Casado/a☐ Viudo/a☐ Separado/a legalmente o divorciado/a☐
Profesión, oficio u ocupación principal[2] :_____
Nacionalidad _____
Residencia[3] : Municipio o país si es en el extranjero_____
Provincia _____
Domicilio: C/ _____ nº_____ escalera____ planta ____ puerta ____
Fecha de la defunción: Día _____ mes _____ año _____

Causas de la defunción. A rellenar por el médico que certificó la defunción y, en su defecto, por un funcionario del Registro Civil (Especifique cada uno de los apartados siguientes) **(Se ruega escribir con mayúsculas)**

Causa básica de defunción

I. Causa inmediata (enfermedad o condición que causó finalmente la muerte)_____

debida a

II. Causa antecedente

a) Intermedia (enfermedad o condición, si hay alguna, que haya contribuido a la causa inmediata)_____

debida a

b) Inicial o fundamental (enfermedad o lesión que inició los hechos que condujeron a la muerte)_____

III. Otros procesos (embarazo, parto, diabetes, etc., que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados ni desencadenantes de la causa inicial o fundamental)_____

Sello del Registro Civil | Firma del declarante | Firma del médico

Colegio de Médicos de la provincia de _____ **Colegiado nº** _____

1 Indíquese con una X el recuadro que proceda.
2 Si era jubilado/a, retirado/a o pensionista, indíquese la profesión ejercida anteriormente.
3 Si era residente en España, se indicará el municipio en que figuraba empadronado/a o, de no conocerse éste, el de la última residencia. Si era residente en el extranjero, se indicará unicamente el país de residencia

Mod. MNPD