

Certificado de Muerte

Nombre del Fallecido: _____

Fecha de la Muerte: _____ Hora de la Muerte: _____

Descripción del Fallecido:

Sexo: M F

Raza: _____

Altura: _____

Peso: _____

Pelo: _____

Ojos: _____

Marcas o rasgos característicos:

Causa de la Muerte: _____

Descripción de la Muerte: _____

Firma del Medico Residente

Firma del Medico Residente

Firma del Medico Residente