RELACIONES EXTERIORES
SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES

MÉXICO
CONSULADO EN FILADELFIA

REGISTRO DE DEFUNCIÓN

Fecha de Registro: _____

DATOS DEL FALLECIDO

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: Día:_____ Mes: _____Año:_____ _____

Lugar de nacimiento: Ciudad:_____ Condado: _____

Estado: _____ País:_____

Sexo: Femenino ( ) Masculino ( ) Soltero ( ) Casado ( ) Ocupación:_____

Fecha de defunción: _____ (día, mes, año) Hora:_____

Dirección donde fallece: _____

Nombre del panteón: _____

Dirección del panteón: _____

Inhumado ( ) Cremado ( )

Declarante: Padre ( ) Madre ( ) Persona distinta ( )

Nombre del esposo o esposa _____

Fecha de nacimiento: _____

DATOS DE LOS PADRES

Nombre del Padre:_____Vivo ( ) Finado ( )

Nacionalidad:_____Ocupación:_____

Fecha de nacimiento(Día/Mes/Año): _____

Nombre del Madre:_____Vivo ( ) Finada ( )

Nacionalidad:_____Ocupación:_____

Fecha de nacimiento (Día/Mes/Año): _____

Teléfonos:_____

Domicilio:_____ Población y Condado:_____

Estado: _____ Código Postal: _____

DATOS DEL DECLARANTE

Nombre completo:_____ Nacionalidad:_____ Vivo ( ) Finado ( )

Domicilio:_____ Municipio: Estado: Código Postal:

Teléfono: _____