

Estadística del Movimiento Natural de la Población

Boletín Estadístico de Defunción



INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

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 _____

Sexo¹: Varón Mujer
 Estado civil¹: Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a legalmente o divorciado/a
 Profesión, oficio u ocupación principal²: _____

Nacionalidad _____
 Residencia³: 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 únicamente el país de residencia