

# DELEGACION EN EL ESTADO DE \_\_\_\_\_

Esta forma deberá ser requisitada por él o los Beneficiarios nombrados en el certificado ó sus representantes legales quienes se les recomienda traten di rectamente con el delegado todo lo relativo a este pago. La tramitación se hará con toda prontitud, no siendo necesario que los interesados incurran en gastos, demoras que siempre ocasionan intermediarios.

DECLARACION DE FALLECIMIENTO  
No. I

Certificado No. \_\_\_\_\_ Nombre y Apellidos completos del \_\_\_\_\_

Dirección, Población y Estado de Residencia	Fecha de Nacimiento			Lugar de Nacimiento		
	Día	Mes	Año			
Causas de la muerte	Fecha en que se iniciaron los síntomas del Fallecimiento			Día	Mes	Año

Datos del Médico que lo atendió

Nombre completo del Médico	Dirección, Población, Estado	Teléfono	Fecha de Consulta
Nombres de los Beneficiarios	Firma	Dirección	

Hacemos constar que este documento ha sido llenado y firmado por las personas que suscriben

Nombre de los Testigos	Firma	Dirección

Fechado en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Se anexa:

- a) Copia certificada del acta de defunción.
- b) Acta oficial en su caso.
- c) Certificado original.

# DELEGACION EN EL ESTADO DE \_\_\_\_\_

<b>LLENESE POR EL MEDICO</b>	<b>DECLARACION DE FALLECIMIENTO No. 2</b>
------------------------------	---

<b>Nombre del Finado</b>	<b>Dirección, Población, Estado</b>
--------------------------	-------------------------------------

Edad al Morir	Tiempo que lo conoció	Fecha de Fallecimiento			Lugar de Fallecimiento
		Día	Mes	Año	

### DATOS DE DEFUNCION

<b>Causa o Enfermedad que causó la muerte</b>		<b>Tiempo de Duración</b>
<b>La defuncion fué por causa Violenta o Accidente</b>	<b>Si</b> <b>No</b>	<b>Lugar donde Ocurrió</b>

### DATOS DE OTROS MEDICOS QUE LO ATENDIERON

<b>Nombre y Apellidos</b>	<b>Dirección, Población, Estado</b>	<b>Teléfono</b>
<b>¿Atendió Usted Persolanmente al</b>	<b>SI</b>	<b>Nombre Completo del Médico que Requisita esta Declaración</b>

<b>Dirección, Población y Estado de Residencia</b>
--

<b>Registro S.S.A.</b>		<b>Cedula Profesional</b>	<b>Registro Federal de Causantes</b>
------------------------	--	---------------------------	--------------------------------------

Antes de entregar esta declaración, conviene verificar que todas las preguntas se hayan contestado en una forma clara y completa, no habiéndose omitido, firmas, fechas u otros datos.

\_\_\_\_\_  
**LUGAR Y FECHA**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL MEDICO**