
 MODELO DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.

El Médico-Cirujano que suscribe, legalmente autorizado para ejercer su profesión, certifica: que el día..... del mes..... á las..... falleció.....

DATOS PARA LA ESTADÍSTICA.

Sexo..... Profesión.....
Edad..... Habitación. Calle.....
Estado civil..... Num. vivienda.....
Lugar de nacimiento..... cuarto..... accesoria.....

CAUSA DE LA DEFUNCIÓN.

Enfermedad principal.....
Enfermedad intercurrente (si la hubo) que causó la defunción.....

México,..... de..... de 188

Firma del Médico.