CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA

Colegio de _____

Sello: COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS HUESCA

022691398

Nº Certificado

CLASE 3ª SERIE A

D. / Dña. _____

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en _____, con el número _____

y con ejercicio profesional en _____

CERTIFICO la defunción de

Nombre del fallecido/a:

1er Apellido del fallecido/a:

2º Apellido del fallecido/a:

Fecha de nacimiento Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐ **Sexo:** Varón ☐ Mujer ☐

Documento de identidad:
☐ D.N.I. Número: ☐☐☐☐☐☐☐☐ — ☐
☐ Pasaporte Número: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
☐ N.I.E. (Tarjeta de Residencia) Número: ☐ — ☐☐☐☐☐☐☐ — ☐

Hora y fecha de la defunción Hora : minutos ☐☐ : ☐☐ Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: _____

Domicilio particular ☐ Centro hospitalario ☐ Residencia sociosanitaria ☐ Lugar de trabajo ☐ Otro lugar ☐

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) — **Intervalo de tiempo aproximado**[1]

I. Causa inmediata[2]
(a) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐☐

Debido a ↓

Causas intermedias[3]
(b) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐☐

Debido a ↓

(c) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐☐

Debido a ↓

Causa inicial o fundamental
(d) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐☐

II. Otros procesos[5]
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐☐

¿Ha habido indicios de muerte violenta? Sí ☐ No ☐

¿Se practicó autopsia clínica? Sí ☐ No ☐

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de?:

Accidente de tráfico No ☐ Sí ☐ Accidente laboral No ☐ Sí ☐ Fecha del mismo: Día ☐☐ Mes ☐☐ Año ☐☐☐☐

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del médico

NO VALIDO

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. Incluido