



CONSULADO DE LA REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA EN HOUSTON

Extracto del Acta de Defunción

1. NOMBRES Y APELLIDOS DEL FALLECIDO: \_\_\_\_\_
2. SEXO \_\_\_\_\_. CÉDULA DE IDENTIDAD VENEZOLANA: \_\_\_\_\_
3. PASAPORTE VENEZOLANO N° U OTRO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_
4. EDAD: \_\_\_\_\_. PROFESIÓN \_\_\_\_\_ OFICIO \_\_\_\_\_
5. ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_
6. FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_
7. NACIONALIDAD: ORIGINARIA \_\_\_\_\_ ADQUIRIDA : \_\_\_\_\_
8. FECHA DEL FALLECIMIENTO: \_\_\_\_\_
9. LUGAR DEL FALLECIMIENTO: Nombre de la Clínica, Hospital o del sitio donde falleció:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. Hora \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Condado, Distrito, Municipio o Dependencia \_\_\_\_\_  
Estado o Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_
11. CAUSAS DEL FALLECIMIENTO : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. FORMA DEL FALLECIMIENTO Natural \_\_\_\_\_, Enfermedad \_\_\_\_\_; Accidente \_\_\_\_\_  
Homicidio \_\_\_\_\_; Suicidio \_\_\_\_\_ Indeterminada \_\_\_\_\_
13. NOMBRE Y APELLIDO DEL MEDICO QUE CERTIFICA LA MUERTE : \_\_\_\_\_
14. NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA QUE NOTIFICA EL FALLECIMIENTO A LAS AUTORIDADES DEL PAIS DONDE  
OCURRIÓ EL HECHO \_\_\_\_\_ Documento de identidad  
N° \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_
15. Edad \_\_\_\_\_ Profesión u oficio \_\_\_\_\_
16. Relación con el fallecido \_\_\_\_\_
17. Dirección completa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
18. NOMBRE Y APELLIDO DEL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE PREMUERTO \_\_\_\_\_
19. Nacionalidad \_\_\_\_\_ Documento de identidad \_\_\_\_\_
20. País \_\_\_\_\_
21. NOMBRES Y APELLIDOS DE LOS DESCENDIENTES DIRECTOS, EDAD,  
NACIONALIDAD \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
22. NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE DEL FALLECIDO: \_\_\_\_\_ ¿vive? Si \_\_\_ No \_\_\_
23. NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE DEL FALLECIDO: \_\_\_\_\_ ¿vive? Si \_\_\_ No \_\_\_
24. INDIQUE SI EL FALLECIDO HA DEJADO BIENES DE FORTUNA: SI \_\_\_ NO \_\_\_ SE DESCONOCE LA  
INFORMACION \_\_\_\_\_
25. CERTIFICADO DEL ACTA DE DEFUNCIÓN N° \_\_\_\_\_ Registro u Oficina que la emite: \_\_\_\_\_  
Localidad \_\_\_\_\_ Condado, Distrito, Municipio o Dependencia \_\_\_\_\_ Estado o Provincia  
\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido del funcionario que la suscribe \_\_\_\_\_ Cargo  
\_\_\_\_\_  
Fecha del Acta de Defunción \_\_\_\_\_
26. ULTIMO DOMICILIO EN VENEZUELA DEL FALLECIDO: Dirección de Habitación \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_  
Distrito \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Parroquia \_\_\_\_\_
27. OBSERVACIÓN \_\_\_\_\_
28. NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA QUE PRESENTA ANTE EL CONSULADO O EMBAJADA EL ACTA DE  
DEFUNCIÓN DE LA CUAL SE BASA EL PRESENTE EXTRACTO \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Profesión  
\_\_\_\_\_  
Relación con el fallecido \_\_\_\_\_ Documento de identidad N° \_\_\_\_\_
29. FECHA DE ELABORACIÓN DE ESTE EXTRACTO \_\_\_\_\_
30. NOMBRES Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO QUE ELABORO EL PRESENTE EXTRACTO \_\_\_\_\_