

24133017370

INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN GENERAL (IEDG)

La información de esta sección será de uso exclusivo del servidor/a del Registro Civil, en el momento de la inscripción.

1) AGENCIA DE REGISTRO CIVIL:	DPA del lugar inscripción	Agencia Nº	USO INEC	USO INEC	USO INEC Fecha de crítica
2) PROVINCIA:	3) FECHA DE INSCRIPCIÓN:	Año / Mes / Día			
CANTÓN:	4) CÓDIGO SECUENCIAL DEL ACTA DE INSCRIPCIÓN:				
PARROQUIA URBANA O RURAL:					

A) DATOS DEL FALLECIDO/A

5) NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD / NÚMERO ÚNICO DE IDENTIFICACIÓN (NUI) / PASAPORTE / OTROS	6) APELLIDOS Y NOMBRES (Como consta en la cédula de identidad / número único de identificación (NUI) / partida de nacimiento / pasaporte / otros.)	
Uso Establecimientos de Salud, Médicos de Libre Ejercicio Profesional, Médicos Legistas o Registro Civil		
7) NACIONALIDAD	12) HORA DE FALLECIMIENTO (Aplica si la defunción ocurrió el mismo día del nacimiento o al siguiente día)	14) RESIDENCIA HABITUAL
Ecuatoriana <input type="checkbox"/> 1	Hora / Minutos	Provincia
Extranjera <input type="checkbox"/> 2 →		Cantón
8) SEXO	13) EDAD AL FALLECER	Parroquia urbana o rural
Hombre <input type="checkbox"/> 1	En minutos (si es menor de una hora)	Dirección domiciliaria
Mujer <input type="checkbox"/> 2	En Horas (Si es menor de 1 día)	DPA
9) FECHA DE NACIMIENTO	En Días (Si es menor de 1 mes)	USO INEC
Año / Mes / Día	En Meses (Si es menor de 1 año)	15) INFORMACIÓN DE QUIÉN SOLICITA EL IEDG
10) FECHA DE FALLECIMIENTO	Años	Apellidos y Nombres
Año / Mes / Día		Teléfono Convencional / Teléfono celular
11) HORA DE NACIMIENTO (Aplica si la defunción ocurrió el mismo día del nacimiento o al siguiente día)		Correo electrónico
Hora / Minutos		

16) ESTADO CIVIL Y/O CONYUGAL	17) NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y ALFABETISMO información proporcionada por el solicitante del IEDG (Aplica para el fallecido/a de 5 años y más)	18) IDENTIFICACIÓN ÉTNICA DE ACUERDO CON LA CULTURA Y COSTUMBRES información proporcionada por el solicitante del IEDG
Soltero /a <input type="checkbox"/> 1	17.1) Último nivel de instrucción aprobado	Indígena <input type="checkbox"/> 1
Casado /a <input type="checkbox"/> 2	Ninguno <input type="checkbox"/> 0	Afroecuatoriano / a <input type="checkbox"/> 2
Divorciado /a <input type="checkbox"/> 3	Centro de Alfabetización <input type="checkbox"/> 1	Afrodescendiente <input type="checkbox"/> 3
Vívido /a <input type="checkbox"/> 4	Primaria <input type="checkbox"/> 2	Negro /a <input type="checkbox"/> 4
Unión de hecho <input type="checkbox"/> 5	Educación Básica <input type="checkbox"/> 3	Mulato /a <input type="checkbox"/> 5
Unión Libre <input type="checkbox"/> 6	Secundaria <input type="checkbox"/> 4	Montubio /a <input type="checkbox"/> 6
Separado /a <input type="checkbox"/> 7	Educación Media/Bachillerato <input type="checkbox"/> 5	Mestizo /a <input type="checkbox"/> 7
	Superior no universitaria <input type="checkbox"/> 6	Blanco /a <input type="checkbox"/> 8
	Superior Universitaria <input type="checkbox"/> 7	Otra <input type="checkbox"/> 8
	Posgrado <input type="checkbox"/> 8	

19) LUGAR DE OCURRENCIA DEL FALLECIMIENTO

19.1) Lugar de ocurrencia de la muerte y/o levantamiento de la persona fallecida	19.3) Establecimiento de salud que brindó la atención médica ambulatoria o seguimiento al fallecido/a. (Aplica si en la pregunta 19.1 marcó opción 3 o 4 caso contrario continúe con la pregunta 19.4).	Código de 001410 miento de salud
1. Establecimiento de salud <input type="checkbox"/> 1	HOSPITAL BÁSICO DR. ANÍBAL GONZÁLEZ ÁLAVA	
2. Casa <input type="checkbox"/> 2	19.3.1) Nombre del Establecimiento de Salud	
3. Casa (Fallecido tenía atención médica ambulatoria o seguimiento en un establecimiento de salud de enfermedades crónicas o terminales) <input checked="" type="checkbox"/> 3	MANABI / BOLÍVAR	
4. Centro geriátrico/Casas hogares/Ancianos (Fallecido tenía atención médica ambulatoria o seguimiento en un establecimiento de salud de enfermedades crónicas o terminales) <input type="checkbox"/> 4	19.3.2) Provincia	19.3.3) Cantón
5. Centro geriátrico/Casas hogares/Ancianos (Cuenta con médico) <input type="checkbox"/> 5	19.3.4) Parroquia	
6. Otro (Indique el lugar en la pregunta 19.4.1) <input type="checkbox"/> 6	19.4) Identificación del lugar donde ocurrió el fallecimiento:	Código de establecimiento de salud
19.2) ¿El fallecido/a recibió cuidados paliativos?	Casa	
SI <input type="checkbox"/> 1	19.4.1) Nombre del lugar	
NO <input type="checkbox"/> 2	19.4.2) Provincia	19.4.3) Cantón
DPA de la pregunta 19.4	19.4.4) Parroquia urbana o rural	
USO INEC	19.4.5) Dirección	19.4.6) Teléfono

19.4.7) Sello de la institución que certifica la defunción; cuando haya certificado un médico/a de libre ejercicio profesional colocar el sello.

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS

INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN GENERAL (IEDG)

El Informe Estadístico de Defunción General (IEDG) es el requisito indispensable para la inscripción del fallecimiento en las agencias del Registro Civil, razón por la cual debe ser entregado inmediatamente después de ocurrido el hecho.

¿QUIÉN DEBE LLENAR EL INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN?

Según artículo 66 de la Ley Orgánica de Gestión de la Identidad y Datos Civiles, el Informe Estadístico de Defunción físico o electrónico *“será firmado de forma manuscrita o electrónica por el médico que certifique la defunción, por el médico legista, por cualquier otro médico que haya verificado el fallecimiento, según el caso. Donde no existan médicos o las circunstancias no lo permitan, el formulario de defunción se llenará con la declaración de dos testigos que conocieron el hecho”*.

“EL CÓDIGO ORGÁNICO INTEGRAL PENAL, COIP Art. 276. - Omisión de denuncia por parte de un profesional de la salud.- Quien reciba a una persona con signos de haber sufrido graves violaciones a los derechos humanos, a la integridad sexual y reproductiva o muerte violenta y no denuncie el hecho, será sancionado con pena privativa de libertad de dos a seis meses.”

Muertes por causas externas (accidentales y/o violentas).- Serán certificadas únicamente por el médico/a legista.

Consideraciones Generales

- ❖ Se requiere que la información que se consigne sea completa y veraz.
- ❖ El llenado del IEDG debe ser con marcas bien definidas, letra clara, legible, sin borrones ni enmiendas.
- ❖ Respetar los espacios designados para el uso del INEC (Códigos CIE-10, DPA y unicodigos - INEC), etc.
- ❖ Una vez firmado el IEDG por el médico/a o médico/a legista, el informe original deberá ser entregado al solicitante para que el Registro Civil proceda con la inscripción.
- ❖ Al momento de la inscripción se respetará la información de las preguntas 16 y 17 registradas por el profesional que certificó la defunción.
- ❖ Una vez realizada la inscripción, el Registro Civil deberá enviar el IEDG original al INEC.
- ❖ Por ninguna razón el personal de estadística o servidor/a de Registro Civil podrá solicitar al médico/a asigne códigos CIE-10 a los diagnósticos registrados en la pregunta 21, ya que la codificación es responsabilidad del INEC.
- ❖ Para la entrega de un nuevo IEDG por pérdida o deterioro, el solicitante deberá presentar el certificado de constancia de no inscripción emitido por el Registro Civil y la solicitud donde exprese el pedido de un nuevo IEDG a la institución (establecimiento de salud, Medicina legal) o médico/a de libre ejercicio profesional que certificó el fallecimiento.
- ❖ Los establecimientos de salud, médicos/as de libre ejercicio profesional, médicos legistas, la persona que esta solicitando la inscripción o las agencias del Registro Civil pueden sacar una copia del IEDG para su archivo.
- ❖ El Instituto Nacional de Estadística y Censos - INEC no realiza la entrega de copias certificadas del Informe Estadístico ya que éste documento contiene datos personales y/o confidenciales los mismos que se enmarcan dentro del secreto estadístico.

Consideraciones Específicas

- ❖ Cuando un servidor/a del Registro Civil certifique un fallecimiento con la presencia de dos testigos llenará desde la pregunta 1 a la 27, a excepción de la pregunta 21, 23 y 24.
- ❖ La pregunta 23 solo se llenará si el fallecimiento es por causas externas (accidentales y/o violentas). Uso exclusivo del médico/a legista.
- ❖ Las preguntas de la 1 a la 4 llenará el servidor/a del Registro Civil en el momento que se efectúa la inscripción del fallecimiento.

Instrucciones para el llenado

- 1) Anotar el nombre de la agencia de Registro Civil donde se inscribe el fallecimiento.
- 2) Anotar el nombre de la provincia, cantón y parroquia urbana o rural donde se realizó la inscripción del fallecimiento.
- 3) Anotar el año, mes y día en el que se realizó la inscripción del fallecimiento.
- 4) Anotar el código secuencial del acta de inscripción del fallecimiento.

A) DATOS DEL FALLECIDO/A

5) Número de cédula de identidad / número único de identificación(NUI) / pasaporte / otros.- Anotar como consta en la cédula de identidad / número único de identificación(NUI) / partida de nacimiento / pasaporte / otros; en el caso que esta información haya sido omitida por el profesional que certificó la defunción, el servidor/a del Registro Civil deberá completar esta información al momento de la inscripción siempre y cuando se disponga del documento de identidad (cédula/pasaporte/otros), caso contrario el campo quedará en blanco.

6) Apellidos y Nombres.- Anotar los apellidos y nombres completos, como consta en la cédula de identidad / número único de identificación(NUI) partida de nacimiento / pasaporte / otros.

7) Nacionalidad.- Marcar con una “X” la casilla correspondiente. Si marcó la casilla 2 anotar el nombre del país.

8) Sexo (hombre/mujer).- Marcar con una “X” la casilla correspondiente, según las condiciones biológicas.

9) Fecha de nacimiento.- Anotar el año, mes y día del nacimiento.

10) Fecha de fallecimiento.- Anotar el año, mes y día del fallecimiento, para los casos En los cuales el médico/a o médico/a legista registre erróneamente la fecha del fallecimiento, el Registro Civil deberá solicitar un nuevo IEDG con la respectiva corrección.

11) Hora de nacimiento.- Anotar la hora y minutos en que nació el fallecido/a, este campo solo aplica si la defunción ocurrió el mismo día del nacimiento o al siguiente día.

12) Hora de fallecimiento.- Anotar la hora y minutos en el que ocurrió el fallecimiento, este campo aplica si la defunción ocurrió el mismo día del nacimiento o al siguiente día. Para los casos en que el recién nacido vive menos de un minuto, se registrará como un minuto y en el campo observaciones se describirá que el tiempo de vida fue menos de un minuto.

13) Edad al fallecer.- Anotar la edad cumplida al momento de fallecer. Para los casos de personas no identificadas (medicina legal) anotará la edad aproximada.

14) Residencia habitual.- Anotar con claridad la provincia, cantón, parroquia urbana o rural y dirección domiciliaria, donde residía el fallecido/a. Esta información deberá ser declarada por el solicitante del IEDG.

15) Información de quién solicita el IEDG.- Anotar claramente los apellidos y nombres, número de teléfono convencional o celular y correo electrónico del solicitante.

16) Estado civil y/o conyugal.- Marcar con una “X” la casilla correspondiente. Al momento de la inscripción respetar la información registrada por el profesional que certificó la defunción.

17.1) Último nivel de instrucción aprobado.- Marcar con una “X” la casilla correspondiente.

17.2) Alfabetismo ¿Sabía leer y escribir?.- Marcar con una “X” la casilla correspondiente.

18) Identificación étnica de acuerdo con la cultura y costumbres.- Marcar con una “X” la casilla correspondiente. Cuando el solicitante del IEDG no identifique al fallecido dentro de las 7 primeras categorías, el profesional deberá marcar la casilla “Otra” (8).

19.1) Lugar de ocurrencia del fallecimiento.- Marcar con una “X” la casilla correspondiente. Cuando el fallecimiento ocurra en la vía pública, parques, bosques, quebradas, entre otros, el profesional deberá marcar la casilla Otro (6) y anotará en la pregunta 19.4.1 el lugar donde ocurrió el fallecimiento.

19.2) Recibió cuidados paliativos en un establecimiento de salud.- Marcar con una “X” la casilla correspondiente.

19.3) Establecimiento de salud que brindó la atención médica ambulatoria o dio el seguimiento al fallecido/a.- Anotar las casillas correspondientes. Esta pregunta será llenada cuando en la pregunta 19.1 se marcó la opción 3 o 4.

19.4) Identificación del lugar donde ocurrió el fallecimiento.- Anotar las casillas correspondientes. A excepción del campo código de establecimiento de salud

19.4.7) Sello de la institución que certifica la defunción; cuando haya certificado un médico/a de libre ejercicio profesional debe colocar el sello. En caso de una certificación por un servidor/a de Registro Civil dejar en blanco.

24133017370

B) INFORMACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

20) CERTIFICADO POR:		20.1) Identificación de quien certifica la defunción:		La firma debe ser igual a la de la cédula de ciudadanía o identidad	
Médico/a Especialista	<input type="checkbox"/> 1	20.1.1) No. cédula de identidad / número único de identificación (NUI) / pasaporte		20.1.6) Sello del profesional médico/a o médico/a legista que certifica la defunción.	
Médico/a General	<input type="checkbox"/> 2	20.1.2) Apellidos y Nombres			
Médico/a Residente	<input type="checkbox"/> 3	20.1.3) Dirección del domicilio			
Médico/a Rural	<input type="checkbox"/> 4	20.1.4) Teléfono			
Médico/a Legista	<input type="checkbox"/> 5	20.1.5) Firma			
Servidor/a del Registro Civil	<input type="checkbox"/> 6				

21) CAUSA DE LA DEFUNCIÓN CERTIFICADAS POR PROFESIONAL DE LA SALUD MÉDICO/A O MÉDICO/A LEGISTA: *Revise al reverso las directrices del llenado*

El presente certificado debe ser llenado con letra clara, legible y en imprenta. El profesional de la salud médico/a o médico/a legista, debe registrar la enfermedad, lesión o estados patológicos según terminología médica, (La codificación de la CIE-10 es uso exclusivo del INEC). Las muertes por causas externas (accidentales y/o violentas) serán certificadas únicamente por el médico/a legista.

PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) debido a (o como consecuencia de) CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, o lesiones que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar la causa ANTECEDENTE O FUNDAMENTAL b) debido a (o como consecuencia de) c) debido a (o como consecuencia de) d)		Tiempo o aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte. (En minutos, horas, días, semanas, meses o años)	Código CIE - 10 USO INEC
PARTE II OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS, que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la condujo a) b)

22) EN EL CASO DE QUE LA DEFUNCIÓN CORRESPONDA A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL (DE 10 A 50 AÑOS).

Debe marcar obligatoriamente esta pregunta: (Solo marcar una opción) Embarazo <input type="checkbox"/> 1 Parto <input type="checkbox"/> 2 Puerperio (hasta 42 días) <input type="checkbox"/> 3 Entre 43 días y 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 No estuvo embarazada durante los 11 meses previo a la muerte <input type="checkbox"/> 5 Muerte por secuelas de causas obstétricas después de un año y más del parto <input type="checkbox"/> 6 Nunca estuvo embarazada <input type="checkbox"/> 7	23.1) Tipo presunto: (solo marcar una opción) Accidentes de transporte <input type="checkbox"/> 1 Otros accidentes <input type="checkbox"/> 2 Homicidio <input type="checkbox"/> 3 Suicidio <input type="checkbox"/> 4 Otras causas externas <input type="checkbox"/> 5 Indeterminada <input type="checkbox"/> 6	23.2) Lugar presunto donde ocurrió el hecho. Vivienda <input type="checkbox"/> 0 Institución residencial <input type="checkbox"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Áreas deportivas <input type="checkbox"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="checkbox"/> 5 Áreas industriales (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 6 Área Agrícola (hacienda, rancho, granja, terreno de sembrío) <input type="checkbox"/> 7 Otro <input type="checkbox"/> 8
23.3) Descripción: Detalle brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo el hecho accidental y/o violento.		
24) ¿SE REALIZÓ NECROPSIA/AUTOPSIA? (NO APLICA PARA SERVIDOR/A DEL REGISTRO CIVIL) SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2		

C) PARA MUERTES SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA (USO EXCLUSIVO DE SERVIDOR/A DE REGISTRO CIVIL)

25) CAUSA PROBABLE DE LA MUERTE:
26) SÍNTOMAS:

D) ESPACIO DESTINADO PARA QUE SE PUEDA ANOTAR INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL FALLECIMIENTO

27) OBSERVACIONES

E) CÓDIGOS CIE-10 Y CÓDIGO DEL CODIFICADOR (USO EXCLUSIVO DEL INEC)

28) Se adjuntó una certificación médica o parte policial que indique la causa de la muerte SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2	29) Código Causa Básica CIE-10 USO INEC	30) Código Causa Básica CIE-10 (probable) USO INEC	31) Código alternativo Causa Básica MM CIE-10 USO INEC	32) Código codificador/a USO INEC
---	---	--	--	---

B) INFORMACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN

20) Certificado por.- Marcar con una "X" la casilla correspondiente.

20.1) Identificación de quien certifica la defunción.- Anotar las casillas correspondientes. En caso de una certificación por un servidor/a de Registro Civil dejar en blanco en la pregunta 20.1.6. y continuar en la pregunta 22.

Lineamientos para el buen llenado de la información de la certificación de la defunción

Toda la información que se registra en estos espacios, servirán para determinar la CAUSA BÁSICA de la muerte, la misma que es fundamental para realizar los estudios necesarios que ayudarán a entender la estructura y la causalidad de la mortalidad en el país

Definiciones

Causa Básica.- Según (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud). "Es la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal".

Causas externas.- Según (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud). "accidentes, lesiones autoinflingidas intencionalmente, agresiones, eventos de intención no determinada, intervención legal y operaciones de guerra, complicaciones de la atención médica y quirúrgica, secuelas de causas externas de morbilidad y mortalidad y factores suplementarios relacionados con causas de morbilidad y de mortalidad clasificados en otra parte"

Autopsia o necropsia.- Según (Reglamento establecimientos servicios funerarios y manejo de cadáveres art.10). "Autopsia o necropsia es el procedimiento técnico mediante el cual se observa y analiza un cadáver externa e internamente, para establecer las causas del fallecimiento de una persona. Con dicha observación y análisis se obtiene información para fines científicos, de vigilancia epidemiológica o jurídicos, teniendo en cuenta el examen de las evidencias o pruebas físicas relacionadas con el cadáver, así como las circunstancias conocidas como anteriores o posteriores a la muerte".

La autopsia o necropsia pueden ser de dos tipos.- Según (Reglamento establecimientos servicios funerarios y manejo de cadáveres art.10)

"a. Médico legal: procedimiento realizado por disposición fiscal que detalla el estado del cadáver, el tiempo transcurrido desde el deceso, el probable elemento empleado para causar la muerte, la manera y las causas probables de la muerte. Difiere de la autopsia clínica por el tipo de examen requerido, los estudios complementarios necesarios, la importancia de la recolección y preservación de indicios y la necesidad de establecer una adecuada cadena de custodia de las muestras.

b. Clínica: es el procedimiento con el cual se determina: Causa de la muerte por correlación clínico -patológica; efectividad de un tratamiento; el curso y la extensión de un proceso y su posible modificación tras los tratamientos indicados; y, apoyo para la capacitación del personal de salud".

"EL CÓDIGO ORGÁNICO INTEGRAL PENAL. COIP Art. 276. - Omisión de denuncia por parte de un profesional de la salud.- Quien reciba a una persona con signos de haber sufrido graves violaciones a los derechos humanos, a la integridad sexual y reproductiva o muerte violenta y no denuncie el hecho, será sancionado con pena privativa de libertad de dos a seis meses."

21) Causa de la defunción certificadas por profesional de la salud (médico/a) o médico/a legista.- Para anotar la información se utilizará el modelo internacional del certificado médico de causa de defunción de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10).

- ❖ Es responsabilidad del profesional de la salud médico/a o médico/a legista anotar la afección morbosa (enfermedad) o lesión fatal, que condujo directamente a la muerte y establecer las condiciones antecedentes o sucesos que dieron origen a dicha afección.
- ❖ Revisar la historia clínica o formulario de emergencia 008 (adicionalmente los resultados de exámenes complementarios).
- ❖ El profesional de la salud médico/a o médico/a legista anotará las causas de defunción de acuerdo al diagnóstico médico.
- ❖ No anotar como causas de defunción los resultados de exámenes complementarios, intervenciones quirúrgicas o procedimientos.
- ❖ Introduzca sólo una enfermedad o evento por línea en las causas de defunción.
- ❖ En la parte I, literales a, b, c y d se podrá anotar mínimo uno y máximo cuatro diagnósticos.
- ❖ En la parte II no se deberá anotar la causa básica de defunción.
- ❖ Registrar las causas con claridad, con sus intervalos de tiempo, en orden cronológico.
- ❖ No utilizar abreviaturas (IRA, ICC, IAM, HTA, EPOC etc.)
- ❖ Muertes por causas externas (accidentales y/o violentas), serán certificadas únicamente por el médico/a legista.

22) En el caso de que la defunción corresponda a una mujer en edad fértil de 10 a 50 años.- Marcar con una "X" la casilla correspondiente.

23) Muertes por causas externas (accidentales y/o violentas) USO EXCLUSIVO PARA EL MÉDICO/A LEGISTA.- Marcar con una "X" la casilla correspondiente.

23.1) Tipo presuntivo.- Marcar con una "X" la casilla correspondiente.

23.2) Lugar presuntivo donde ocurrió el hecho.- Marcar con una "X" la casilla correspondiente.

23.3) Descripción.- Detallar brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo el hecho accidental y/o violento.

24) ¿Se realizó necropsia / autopsia? (No aplica para servidor/a del Registro Civil).- Marcar con una "X" la casilla correspondiente.

C) PARA MUERTES SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA

Esta información debe ser llenada únicamente cuando por diferentes circunstancias, no ha sido factible obtener la certificación médica, el formulario de defunción se llenará con la declaración de dos testigos que conocieron el hecho.

25) Causa probable de la muerte.- Anotar la causa probable que ocasionó el fallecimiento de acuerdo a la declaración de los 2 testigos.

26) Síntomas.- Anotar los síntomas de la enfermedad causante del fallecimiento, de acuerdo a la declaración de los 2 testigos.

D) ESPACIO DESTINADO PARA QUE SE PUEDA ANOTAR INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL FALLECIMIENTO

27) OBSERVACIONES Este espacio está destinado, para que se pueda anotar cualquier comentario que sirva para clarificar algún dato o circunstancia sobre la Defunción General.

E) CÓDIGOS CIE-10 Y CÓDIGO DEL CODIFICADOR (USO EXCLUSIVO DEL INEC)

28) Se adjuntó una certificación médica o parte policial que indique la causa de la muerte.- Campo deberá ir en blanco es uso exclusivo de INEC

29) Código de causa básica CIE-10.- Campo deberá ir en blanco es uso exclusivo de INEC.

30) Código de causa básica probable CIE-10.- Campo deberá ir en blanco es uso exclusivo de INEC.

31) Código alterno de causa básica CIE-10.- Campo deberá ir en blanco es uso exclusivo de INEC.

32) Código codificador/a.- Uso exclusivo del INEC.