




CERTIFICADO MÉDICO ÚNICO DE DEFUNCIÓN V.1.1

 <b>MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES</b> <b>SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD</b>		<b>CERTIFICADO MÉDICO ÚNICO DE DEFUNCIÓN</b> <b>CÓDIGO R.A. SALUD INE 102 (01/2016)</b> <small>(Para defunciones ocurridas en territorio boliviano, iguales o mayores a los 28 días de edad)</small> <small>Antes de llegar el certificado, es necesario que lea las instrucciones en el reverso</small>		<b>CEMEUDLP/22020000289</b>	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD U OTRO: <b>Hospital Obrero Nro. 1</b>		CÓDIGO E.S.		CÓDIGO SUBSECTOR: A B C D E F I	
<b>A. DATOS DEL/LA DIFUNTO(A)</b>					
<b>Palacios</b> <small>Primer Apellido</small>		<b>Herrera</b> <small>Segundo Apellido</small>		<b>Efrain Alberto</b> <small>Nombres</small>	
<b>1. DOCUMENTO DE IDENTIDAD DEL/LA DIFUNTO(A)</b> C.I. <input checked="" type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Certificado o informe de Partida de Nacimiento <input type="checkbox"/> No porta <input type="checkbox"/> Número: <b>2056671</b> Complemento: <input type="checkbox"/> Expedido en: <b>La Paz</b>		<b>3. FECHA DE NACIMIENTO</b> Día <b>12</b> Mes <b>02</b> Año <b>1954</b> <small>Aproximada <input type="checkbox"/></small>		<b>5. SEXO</b> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>	
<b>2. LUGAR GEOGRÁFICO DE NACIMIENTO</b> País: <b>Bolivia</b> Departamento: <b>La Paz</b> Provincia: <b>Murillo</b> Municipio: <b>Nuestra Señora de la Paz</b> Localidad: <b>La Paz</b> No puede determinarse <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/>		<b>4. EDAD AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN</b> Día <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <b>70</b> <small>Aproximada <input type="checkbox"/></small>		<b>6. ESTADO CIVIL</b> Soltero(a) <input checked="" type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión estable <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>	
<b>7. GRADO DE INSTRUCCIÓN</b> Sin instrucción <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>		<b>8. RESIDENCIA HABITUAL/PERMANENTE</b> País: <b>Bolivia</b> Departamento: <b>La Paz</b> Provincia: <b>Murillo</b> Municipio: <b>El Alto</b> Localidad: <b>El Alto</b> No puede determinarse <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/>		<b>9. EL FALLECIMIENTO OCURRIÓ EN:</b> Establecimiento de Salud <input checked="" type="checkbox"/> Vivienda (Domicilio) <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>	
<b>B. DATOS DE LA DEFUNCIÓN</b>					
<b>11. LUGAR GEOGRÁFICO DE LA DEFUNCIÓN</b> País: <b>Bolivia</b> Departamento: <b>La Paz</b> Provincia: <b>Murillo</b> Municipio: <b>Nuestra Señora de la Paz</b> Localidad: <b>La Paz</b> No puede determinarse <input type="checkbox"/>		<b>12. HORA Y FECHA DE LA DEFUNCIÓN</b> Hora <b>01:30</b> Día <b>24</b> Mes <b>04</b> Año <b>2024</b> <small>Aproximada <input type="checkbox"/></small>		<b>13. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN QUE CONDUJO A LA MUERTE?</b> Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>15. CAUSAS DE DEFUNCIÓN</b> <b>Parte I</b> Causa Directa Enfermedad o condición Patológica que produjo la muerte directamente Causas Antecedentes Estados morbosos que produjeron la causa arriba anotada. Se registra en último lugar la causa básica <b>Parte II</b> Causas Contribuyentes Otros aspectos patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la causa directa		<b>EVITE SEÑALAR MODOS DE MORIR (Ej. Paro cardíaco, Falla orgánica múltiple, Senilidad, etc.)</b> <b>UN SOLO DIAGNÓSTICO POR ELLA, NO USE ABREVIATURAS NI SIGLAS</b> a) <b>Choque séptico a foco pulmonar</b> <small>Debido a (o como consecuencia de)</small> b) <b>Neumonia intra hospitalaria</b> <small>Debido a (o como consecuencia de)</small> c) <b>Hematoma subdural bilateral</b> <small>Debido a (o como consecuencia de)</small> d) <b>Secuelas de evento vascular cerebral</b> <b>Trombosis venosa profunda pierna izquierda</b> <b>Desnutrición calórico proteica</b>		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Uso exclusivo del personal codificador <b>16. CÓDIGO CIE-10</b>	
Uso exclusivo del personal codificador		<b>17. Causa básica de defunción. Código CIE-10:</b>			
<b>18. SI LA DEFUNCIÓN FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</b> <b>18.1 Fue un presunto:</b> Accidente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/> Accidente de transporte <input type="checkbox"/> Caída (precipitación) <input type="checkbox"/> Desastre natural <input type="checkbox"/> Ataque de animal <input type="checkbox"/> Arma de fuego (proyectil) <input type="checkbox"/> <b>18.2 Probable mecanismo que produjo la muerte:</b> Asfixia <input type="checkbox"/> Electrocutión <input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Intoxicación <input type="checkbox"/> Arma blanca <input type="checkbox"/> Golpe <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		<b>18.3 Lugar donde ocurrió la lesión:</b> Domicilio <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Escuela u oficina <input type="checkbox"/> No puede determinarse <input type="checkbox"/>		<b>19. PROCEDIMIENTO EFECTUADO</b> Examen físico clínico o reconocimiento de cadáver <input type="checkbox"/> Levantamiento de cadáver <input type="checkbox"/> Autopsia <input type="checkbox"/> Exhumación <input type="checkbox"/>	
<b>18.4 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión:</b>					
<b>20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A MUJER EN EDAD FÉRTIL (10 A 59 AÑOS), ESPECIFIQUE</b> <b>20.1 La defunción ocurrió durante:</b> Embarazo <input type="checkbox"/> Parto <input type="checkbox"/> Puerperio <input type="checkbox"/> Post aborto <input type="checkbox"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la defunción <input type="checkbox"/>					
<b>20.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
<b>20.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?</b> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
<b>C. PERSONA QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN</b>					
<b>21. CERTIFICADO POR</b> Médica(o) <input checked="" type="checkbox"/> Forense <input type="checkbox"/> Lic. Enfermería <input type="checkbox"/> Aux. Enfermería <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Nombre(s) y Apellidos: <b>Rafael Puña Velasco</b> Matrícula Profesional MS: <b>P-766</b> C.I. No. <b>3112560</b> Complemento: <input type="checkbox"/> Expedido en: <b>Oruro</b> <b>Dr. Rafael Puña Velasco</b> <b>MÉDICO INTERNISTA</b> Firma:  Sello Profesional: 			
Especifique:		Fecha de emisión del certificado: <b>24/04/2024</b>			

TODA ENMIENDA, CORRECCIÓN O MODIFICACIÓN QUE SE REALICE, DEBE TENER SU TOTAL CLARIDAD EN LA PARTE POSTERIOR DEL ORIGINAL Y COPIAS