

ANTES DE LLENAR ESTE INFORME LEA LAS  
INSTRUCCIONES ESCRITAS AL REVERSO

# INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN

Form. EV - 3

1) OFICINA DE REGISTRO CIVIL DE:

.....

Oficina No.

2) PROVINCIA:

CANTÓN:  PARROQUIA URBANA:

PARROQUIA RURAL:

3) FECHA DE INSCRIPCIÓN: Año    Mes   Día

4) Acta de Inscripción No.

## (A) DATOS DEL FALLECIDO O FALLECIDA

5) <input type="text"/>				
APELLIDOS			NOMBRES	
6) SEXO	7) FECHA DE NACIMIENTO	8) FECHA DE FALLECIMIENTO	9) EDAD AL FALLECER	10) LUGAR DE FALLECIMIENTO
Hombre <input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Año	Horas (Si es menor de 1 día) <input type="text"/> <input type="text"/> 1	Provincia <input type="text"/>
Mujer <input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/> <input type="text"/> Mes	<input type="text"/> <input type="text"/> Mes	Días (Si es menor de 1 mes) <input type="text"/> <input type="text"/> 2	Cantón <input type="text"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> Día	<input type="text"/> <input type="text"/> Día	Meses (Si es menor de 1 año) <input type="text"/> <input type="text"/> 3	Ciudad <input type="text"/>
			Años cumplidos <input type="text"/> <input type="text"/> 4	Parroquia rural <input type="text"/>
			Ignorado <input type="text"/> <input type="text"/> 9	Localidad <input type="text"/>
				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
				11) ÁREA Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3
12) OCURRIDO EN:	13) CERTIFICADO POR:		14) ESTADO CIVIL O CONYUGAL	15) RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (A)
Establecimiento del Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> 1	MÉDICO		(Para personas de 12 años y más)	(Para menores de 1 año - residencia de la madre)
Establecimiento del IESS <input type="checkbox"/> 2	Tratante <input type="checkbox"/> 1		Unido (a) <input type="checkbox"/> 1	Provincia <input type="text"/>
Otro Establecimiento del Estado <input type="checkbox"/> 3	No Tratante <input type="checkbox"/> 2		Soltero (a) <input type="checkbox"/> 2	Cantón <input type="text"/>
Hospital, Clínica o Consultorio Particular <input type="checkbox"/> 4	NO MÉDICO:		Casado (a) <input type="checkbox"/> 3	Ciudad <input type="text"/>
Casa <input type="checkbox"/> 5	Autoridad Civil o de Policía <input type="checkbox"/> 3		Divorciado (a) <input type="checkbox"/> 4	Parroquia rural <input type="text"/>
Otro <input type="checkbox"/> 6	Otro <input type="checkbox"/> 4		Separado (a) <input type="checkbox"/> 5	Localidad <input type="text"/>
			Viudo (a) <input type="checkbox"/> 6	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
			Ignorado (a) <input type="checkbox"/> 9	16) ÁREA Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3
				17) Residente <input type="checkbox"/> 1 No Residente <input type="checkbox"/> 2

ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN  
(Para personas de 5 años y más)

SITUACIÓN DEL EMBARAZO  
(Sólo para mujeres de 12 a 49 años)

18) SABÍA LEER Y ESCRIBIR?

SI ☐ 1 NO ☐ 2

19) QUE NIVEL DE INSTRUCCIÓN TENÍA?

- Ninguno ☐ 0
- Centro de Alfabetización ☐ 1
- Primario ☐ 2
- Secundario ☐ 3
- Educación Básica ☐ 4
- Educación Media ☐ 5
- Ciclo Post - Bachillerato ☐ 6
- Superior ☐ 7
- Postgrado ☐ 8
- Se ignora ☐ 9

20) ¿ESTUVO EMBARAZADA CUANDO FALLECIÓ?

SI ☐ 1 NO ☐ 2 Ignorado ☐ 9

21) EN LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS PREVIAS AL FALLECIMIENTO  
DIÓ A LUZ?

SI ☐ 1 NO ☐ 2 Ignorado ☐ 9

22) ¿RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA?

SI ☐ 1 NO ☐ 2 Ignorado ☐ 9

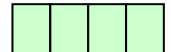
NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS

**(B) CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN****23)****CAUSAS DE DEFUNCIÓN CERTIFICADAS POR MÉDICO***Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente \**a) .....  
*debida a (o como consecuencia de)*b) .....  
*debida a (o como consecuencia de)*c) .....  
*causa básica***OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS****SIGNIFICATIVOS:**

Que condujeron a la muerte pero no relacionadas con la enfermedad o estado morbooso que la produjo

\* No quiere decir con esto, la manera o modo de morir: Ej. Debilidad cardíaca, asenia, etc. Significa propiamente la Enfermedad, lesión o complicación que causó el fallecimiento.

Tiempo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte

**24) DATOS DEL MÉDICO QUE CERTIFICA**

Nombres y Apellidos

Nº Registro de Colegio Médico o del M. S. P.

Dirección de la consulta o domicilio

Teléfono

Firma

**25) Nombre del establecimiento de salud donde ocurrió la defunción:**

Nombre

Dirección

Ciudad

**26) EN CASO DE MUERTE VIOLENTA****TIPO**Accidente ☐ 1  
Suicidio ☐ 2  
Homicidio ☐ 3  
Indeterminado ☐ 4CLASE: .....  
Ej. (caída, ahogamiento, envenenamiento, etc)LUGAR: .....  
Ej. (casa, calle, oficina, lugar de trabajo, etc)

En caso de accidente de Tránsito especifique

Ej. (choque, volcamiento, arrollamiento, etc.)

**27) SE REALIZÓ AUTOPSIA?**SI ☐ 1NO ☐ 2**C) MUERTE SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA****28) CAUSA PROBABLE DE LA MUERTE:** .....

Síntomas: .....

Informantes

Nombres y Apellidos

Firma

Dirección

Nombres y Apellidos

Firma

Dirección

**D) DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA INSCRIPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN****29) Nombres y Apellidos:****30) RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL FALLECIDO QUE INSCRIBE**Cónyuge ☐ 1Padres o Suegros ☐ 5Hijo (a) ☐ 2Otros Parientes ☐ 6Yerno o Nuera ☐ 3Otros no Parientes ☐ 7Nieto (a) ☐ 4Edad: .....  
Años cumplidos**OBSERVACIONES:**