

ANTES DE LLENAR ESTE INFORME LEA LAS  
INSTRUCCIONES ESCRITAS AL REVERSO

# INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN

Form. EV - 3

<p>1) OFICINA DE REGISTRO CIVIL DE:</p> <p>.....</p> <p>Oficina No. <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span></p>	<p>2) PROVINCIA: <span style="border: 1px solid black; padding: 0 10px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 10px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 10px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 10px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 10px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 10px;">  </span></p> <p>CANTÓN: ..... PARROQUIA URBANA: .....</p> <p>PARROQUIA RURAL: .....</p> <p>3) FECHA DE INSCRIPCIÓN: Año <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> Mes <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> Día <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span></p> <p>4) Acta de Inscripción No. <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span></p>
--	--

## (A) DATOS DEL FALLECIDO O FALLECIDA

5) .....				
APELLIDOS			NOMBRES	
<p>6) SEXO</p> <p>Hombre <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Mujer <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>7) FECHA DE NACIMIENTO</p> <p><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> Año</p> <p><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> Mes</p> <p><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> Día</p>	<p>8) FECHA DE FALLECIMIENTO</p> <p><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> Año</p> <p><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> Mes</p> <p><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> Día</p>	<p>9) EDAD AL FALLECER</p> <p>Horas (Si es menor de 1 día) <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> 1</p> <p>Días (Si es menor de 1 mes) <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> 2</p> <p>Meses (Si es menor de 1 año) <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> 3</p> <p>Años cumplidos <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> 4</p> <p>Ignorado <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span> 9</p>	<p>10) LUGAR DE FALLECIMIENTO</p> <p>Provincia .....</p> <p>Cantón .....</p> <p>Ciudad .....</p> <p>Parroquia rural .....</p> <p>Localidad .....</p> <p><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span></p> <p>11) ÁREA</p> <p>Urbana <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Rural <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Periférica <input type="checkbox"/> 3</p>
<p>12) OCURRIDO EN:</p> <p>Establecimiento del Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Establecimiento del IESS <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Otro Establecimiento del Estado <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Hospital, Clínica o Consultorio Particular <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Casa <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Otro <input type="checkbox"/> 6</p>		<p>13) CERTIFICADO POR:</p> <p><b>MÉDICO</b></p> <p>Tratante <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No Tratante <input type="checkbox"/> 2</p> <p><b>NO MÉDICO:</b></p> <p>Autoridad Civil o de Policía <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Otro <input type="checkbox"/> 4</p>		<p>14) ESTADO CIVIL O CONYUGAL</p> <p>(Para personas de 12 años y más)</p> <p>Unido (a) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Soltero (a) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Casado (a) <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Divorciado (a) <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Separado (a) <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Viudo (a) <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Ignorado (a) <input type="checkbox"/> 9</p>
<p>15) RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (A)</p> <p>(Para menores de 1 año - residencia de la madre)</p> <p>Provincia .....</p> <p>Cantón .....</p> <p>Ciudad .....</p> <p>Parroquia rural .....</p> <p>Localidad .....</p> <p><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">  </span></p> <p>16) ÁREA</p> <p>Urbana <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Rural <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Periférica <input type="checkbox"/> 3</p>				
<p>17) Residente <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No Residente <input type="checkbox"/> 2</p>				
<p>ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN</p> <p>(Para personas de 5 años y más)</p>			<p>SITUACIÓN DEL EMBARAZO</p> <p>(Sólo para mujeres de 10 a 49 años)</p>	
<p>18) SABÍA LEER Y ESCRIBIR?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2</p> <p>↓</p> <p>19) QUE NIVEL DE INSTRUCCIÓN TENÍA?</p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Centro de Alfabetización <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Primario <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Secundario <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Educación Básica <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Educación Media <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Ciclo Post - Bachillerato <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Superior <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Postgrado <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Se ignora <input type="checkbox"/> 9</p>			<p>20) ¿ESTUVO EMBARAZADA CUANDO FALLECIÓ?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p> <p>↓</p> <p>21) EN LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS PREVIAS AL FALLECIMIENTO DIÓ A LUZ?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p> <p>↓</p> <p>22) ¿RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>	

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS

**(B) CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN**Tiempo aproximado entre  
el comienzo de la  
enfermedad y la muerte

23)

**CAUSAS DE  
DEFUNCIÓN  
CERTIFICADAS  
POR MÉDICO***Enfermedad o estado patológico  
que produjo la muerte  
directamente \****CAUSAS ANTECEDENTES:**Causas antecedentes o estados  
morbosos, si existiera alguno,  
que produjeron la causa arriba  
consignada, mencionándose en  
último lugar, la causa básica o  
fundamental.**OTROS ESTADOS****PATOLÓGICOS  
SIGNIFICATIVOS:**Que condujeron a la muerte pero  
no relacionadas con la  
enfermedad o estado morbozo  
que la produjo*\* No quiere decir con esto, la manera o modo de morir: Ej. Debilidad cardíaca, astenia, etc. Significa propiamente la  
Enfermedad, lesión o complicación que causó el fallecimiento.*a) .....  
debida a (o como consecuencia de)b) .....  
debida a (o como consecuencia de)c) .....  
causa básica

--	--	--	--

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**TIPO****26) EN CASO  
DE MUERTE  
VIOLENTA**Accidente ☐ 1  
Suicidio ☐ 2  
Homicidio ☐ 3  
Indeterminado ☐ 4**INDIQUE LA CLASE DE ACCIDENTE Y LUGAR DONDE OCURRIÓ**CLASE: .....  
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:**

.....

Edad: .....  
Años cumplidos**30) RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL FALLECIDO QUE INSCRIBE**Cónyuge ☐ 1Padres o Suegros ☐ 5Hijo (a) ☐ 2Otros Parientes ☐ 6Yerno o Nuera ☐ 3Otros no Parientes ☐ 7Nieta (a) ☐ 4**OBSERVACIONES:**

.....
.....
.....