

# INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN

Form. EV - J

1) OFICINA DE REGISTRO CIVIL DE:

Oficina N°

2) PROVINCIA:

CANTÓN

PARR. URBANA:

PARROQUIA RURAL:

3) FECHA DE INSCRIPCIÓN:

Año

Mes

Día

4) Acta de inscripción N°:

## (A) DATOS DEL FALLECIDO O FALLECIDA

5)

APELLIDOS

NOMBRES

6) SEXO

7) FECHA DE  
NACIMIENTO

8) FECHA DE  
FALLECIMIENTO

9) EDAD AL FALLECER

10) LUGAR DE FALLECIMIENTO

Hombre ☐ 1

Mujer ☐ 2

Año

Mes

Día

Año

Mes

Día

Horas (Si es menor de 1 día)

Días (Si es menor de 1 mes)

Meses (Si es menor de 1 año)

Años cumplidos

Ignorado

Provincia

Cantón

Ciudad

Parroquia rural

Localidad

11) ÁREA

Urbana

Rural

Periférica

12) OCURRIDO EN:

Establecimiento del  
Ministerio de Salud

Establecimiento del  
IESS

Otro Establecimiento  
del Estado

Hospital, Clínica o  
Consultorio Particular

Casa

Otro

13) CERTIFICADO POR:

MÉDICO

Tratante

No Tratante

NO MÉDICO

Autoridad Civil o  
De Policía

Otro

14) ESTADO CIVIL O  
CONYUGAL

(Para personas de 12 años y más)

Unido (a)

Soltero (a)

Casado (a)

Divorciado (a)

Separado (a)

Viudo (a)

Ignorado

15) RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO(A)  
(Para menores de 1 año - residencia de la madre)

Provincia

Cantón

Ciudad

Parroquia rural

Localidad

16) ÁREA

Urbana

Rural

Periférica

17)

Residente

No Residente

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) ¿QUÉ NIVEL DE INSTRUCCIÓN  
TENÍA?

Ninguno

Centro de Alfabetización

Primario

Secundario

Educación Básica

Educación Media

Ciclo Post - Bachillerato

Superior

Postgrado

Se ignora

20) ¿ESTUVO EMBARAZADA CUANDO FALLECIÓ?

SI ☐ 1 NO ☐ 2 Ignorado ☐ 9

21) EN LA 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

**(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)	Tiempo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte  <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
<b>CAUSAS ANTECEDENTES:</b> Causas antecedentes o estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar, la causa básica o fundamental.	b) _____ debida a (o como consecuencia de)						
	<b>OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS:</b> Que condujeron a la muerte pero no relacionadas con la enfermedad o estado morbooso que la produjo.	c) _____ causa básica					
<small>* No quiere decir con esto, la manera o modo de morir. Ej. Debilidad cardíaca, asfexia, etc. Significa propiamente la enfermedad, lesión o complicación que causó el fallecimiento.</small>							

24) DATOS DEL MÉDICO QUE CERTIFICA	Nombres y Apellidos _____	M* (Registro de Colegio Médico o del M S P) _____	25) Nombre del establecimiento de salud donde ocurrió la defunción: _____
	Dirección de la consulta o domicilio _____	Teléfono _____	
		Firma _____	Dirección _____
			Ciudad _____

26) EN CASO DE MUERTE VIOLENTA	<b>TIPO</b>	<b>INDIQUE LA CLASE DE ACCIDENTE Y LUGAR DONDE OCURRIÓ</b>	
	Accidente <input type="checkbox"/> 1 Suicidio <input type="checkbox"/> 2 Homicidio <input type="checkbox"/> 3 Indeterminado <input type="checkbox"/> 4	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 <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 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
Edad. _____ Años cumplidos	Cónyuge <input type="checkbox"/> 1      Padres o Suegros <input type="checkbox"/> 5 Hijo (a) <input type="checkbox"/> 2      Otros Parientes <input type="checkbox"/> 6 Yerno o Nuera <input type="checkbox"/> 3      Otros no Parientes <input type="checkbox"/> 7 Nieto (a) <input type="checkbox"/> 4
OBSERVACIONES: _____ _____ _____	