

## FORMULARIO DE DEFUNCIÓN GENERAL

La información de este recuadro deberá ser llenado por funcionarios de las Oficinas del Registro Civil, en el momento de la Inscripción.

1) OFICINA DE REGISTRO CIVIL DE: ..... 

USO INEC	Oficina N°	Año	Mes	Día
----------	------------	-----	-----	-----

2) PROVINCIA: ..... 3) FECHA DE INSCRIPCIÓN: ..... AÑO MÉS DÍA

CANTÓN: .....

PARROQUIA URBANA O RURAL: .....

4) ACTA DE INSCRIPCIÓN: ..... (Debe ser el mismo que conste en el libro de Inscripciones)

### (A) DATOS DEL FALLECIDO O FALLECIDA

<b>NOTA:</b> <b>ESTE DOCUMENTO SON GRATUITOS</b>	5) NOMBRES Y APELLIDOS .....			6) NACIONALIDAD <input type="checkbox"/> 1 Ecuatoriana <input type="checkbox"/> 2 Extranjera <small>USO INEC Código del País Nombre del País</small>					
	7) CÉDULA DE CIUDADANÍA O PASAPORTE			11) EDAD AL FALLECER En Horas (Si es menor de 1 día) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td></tr></table> En Días (Si es menor de 1 mes) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td></tr></table> En Meses (Si es menor de 1 año) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td></tr></table> Años Cumplidos <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>4</td></tr></table> Se ignora <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>9</td></tr></table>	1	2	3	4	9
	1								
	2								
	3								
	4								
	9								
	8) SEXO	9) FECHA DE NACIMIENTO		12) RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (A) Provincia _____ Cantón _____ Parroquia Urbana o Rural _____ Localidad _____ Dirección Domiciliaria _____					
	Hombre <input type="checkbox"/> 1	Año <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table>			USO INEC				
Mujer <input type="checkbox"/> 2	Mes <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table>			Urbana <input type="checkbox"/> 1					
10) FECHA DE FALLECIMIENTO			Rural <input type="checkbox"/> 2						
Año <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> Mes <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> Día <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table>						13) ÁREA: 14) ESTADO CIVIL y/o CONYUGAL <small>(Para personas fallecidas de 12 años y más).</small> Unido (a) <input type="checkbox"/> 1 Soltero (a) <input type="checkbox"/> 2 Casado (a) <input type="checkbox"/> 3 Divorciado (a) <input type="checkbox"/> 4 Separado (a) <input type="checkbox"/> 5 Viudo (a) <input type="checkbox"/> 6 Se ignora <input type="checkbox"/> 9			
15) ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN <small>(Para personas fallecidas de 5 años y más)</small> 15.1) SABIA LEER Y ESCRIBIR? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 15.2) NIVEL DE INSTRUCCIÓN ALCANZADO Ninguno <input type="checkbox"/> 0 Centro de Alfabetización <input type="checkbox"/> 1 Primaria <input type="checkbox"/> 2 Secundaria <input type="checkbox"/> 3 Educación Básica <input type="checkbox"/> 4 Educación Media / Bachillerato <input type="checkbox"/> 5 Ciclo Post-Bachillerato <input type="checkbox"/> 6 Superior <input type="checkbox"/> 7 Postgrado <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9			16) AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA <small>DE ACUERDO CON LA CULTURA Y COSTUMBRES, CÓMO SE AUTOIDENTIFICABA EL FALLECIDO (A) ?</small> Indígena <input type="checkbox"/> 1 Afroecuatoriano (a) <input type="checkbox"/> 2 Afrodescendiente <input type="checkbox"/> 3 Negro (a) <input type="checkbox"/> 4 Mulato (a) <input type="checkbox"/> 5 Montubio (a) <input type="checkbox"/> 6 Mestizo (a) <input type="checkbox"/> 7 Blanco (a) <input type="checkbox"/> 8 Otra <input type="checkbox"/> 9						
17) LUGAR DE OCURRENCIA DEL FALLECIMIENTO Establecimiento del Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> 1 Establecimiento del IESS <input type="checkbox"/> 2 Establecimiento de la Junta de Beneficencia <input type="checkbox"/> 3 Otro Establecimiento Público (Municipios, Consejos Provinciales, FF. AA., Policía, SOLCA, etc.) <input type="checkbox"/> 4 Hospital, Clínica o Consultorio privado <input type="checkbox"/> 5 Casa <input type="checkbox"/> 6 Otro Especifique ..... <input type="checkbox"/> 7									
17.1) IDENTIFICACIÓN DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL FALLECIMIENTO: 17.1.1) Nombre del Lugar (Establecimiento, Casa, Otros) ..... 17.1.2) Provincia ..... 17.1.3) Cantón ..... 17.1.4) Parroquia Urbana ó Rural ..... 17.1.5) Localidad ..... 17.1.6) Dirección ..... 17.1.7) Teléfono .....									
USO INEC <small>Código del Establecimiento de Salud</small> 18) ÁREA: Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2									

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE DEFUNCIÓN

El Formulario de Defunción es el requisito indispensable para la inscripción de una muerte en las Oficinas del Registro Civil, razón por la cual debe ser entregado inmediatamente después de ocurrido el hecho. Se requiere que la información que se consigne sea completa y veraz.

### ¿QUIÉN DEBE LLENAR EL FORMULARIO DE DEFUNCIÓN?

Cuando la defunción es certificada por médico (tratante o no tratante), dicho profesional, está obligado a llenar el Formulario de Defunción desde el numeral 5 al 24.1, a excepción de las áreas sombreadas que es "USO INEC" y corresponden a los numerales 13, 18, 19 y tampoco el numeral 23 "Causa probable de muerte", que será llenado cuando ocurre una muerte sin certificación médica.

Consideré que el numeral 21 está destinado para casos de muerte accidental y/o violenta, que generalmente lo debe llenar un médico legista. Los numerales 1 al 4, 25 y 26 llenará el funcionario o Jefe de las oficinas del Registro Civil en el momento que se efectúa la inscripción legal.

Si la defunción no es certificada por médico, el Formulario de Defunción, deberá llenar un funcionario de salud, desde el numeral 5 al 24, a excepción del 13 y 18 (USO INEC), y por obvias razones deberá dejar en blanco los espacios destinados para la certificación médica de la defunción (numerales 19 y 21) y el 24.1 que es la identificación del profesional médico que certifica. Igualmente, en estos casos, los numerales 1 al 4, 25 y 26 llenará el funcionario o Jefe de las oficinas del Registro Civil en el momento que se efectúa la inscripción legal.

En lugares donde no hay funcionarios de salud, el Formulario de Defunción deberá llenar el Jefe de las Oficinas del Registro Civil o el responsable de los registros de defunciones de esa oficina, dejando en blanco los espacios destinados a USO INEC, como también los numerales 19 al 22, y 24.1. Es necesario que se complete el llenado del formulario, consignando información en el numeral 23 (causa probable de la muerte), basado en la declaración de 2 testigos, quienes deben registrar su nombre y apellido, como la firma correspondiente.

El llenado del formulario debe ser con marcas bien definidas, letra clara, legible, en imprenta, sin borrones ni tachaduras y de acuerdo a las siguientes instrucciones:

- 1) Anotar el nombre de la Oficina de Registro Civil donde se inscribe, que puede ser el nombre de la cabecera cantonal o parroquial, si es que existiere una sola en la jurisdicción.
- 2) Escribir el nombre de la provincia, cantón y parroquia urbana o rural donde está ubicada la Oficina del Registro Civil, en la cual se inscribe la defunción.
- 3) En las casillas correspondientes, anotar el año, mes y día en el que se efectuó la inscripción del fallecimiento de la persona.
- 4) Anotar el número de Acta de inscripción (que consta en el libro de Registros de Defunciones correspondiente), empezando con el número (00001) la primera inscripción realizada en el año de información, siguiendo la numeración en orden ascendente, sin repetir ni omitir ningún número, hasta el 31 de diciembre del mismo año. Este número deberá corresponder directamente a la que consta en el libro de Registros.

### (A) DATOS DEL FALLECIDO O FALLECIDA

- 5) **Apellidos y Nombres.**- Escriba los apellidos y nombres completos de la persona fallecida.
- 6) **Nacionalidad.**- Según sea el caso marque la Nacionalidad del fallecido. Si marcó la casilla "2", debe anotar el nombre del país.
- 7) **Cédula de ciudadanía o pasaporte.**- Registre el número de Cédula de Ciudadanía o pasaporte del fallecido o fallecida.
- 8) **Sexo.**- Marque con una "X" la casilla correspondiente al sexo de la persona fallecida.
- 9) **Fecha de nacimiento.**- En las casillas correspondientes anote el año, mes y día en que nació la persona fallecida.
- 10) **Fecha de fallecimiento.**- En las casillas correspondientes anote el año, mes y día en que ocurrió el fallecimiento.
- 11) **Edad al fallecer.**- En las casillas respectivas, anote la edad cumplida del fallecido(a) al momento de morir. Si no ha llegado a cumplir un día de vida, anote la edad "**En horas**"; si no ha llegado a vivir un mes, anote la edad "**En días**"; si el fallecido es menor de un año (1 a 11 meses) anote la edad "**En meses**"; si es mayor de un año, anote la edad en "**Años cumplidos**". Si no es posible conocer la edad marque la casilla 9 (**Se ignora**).
- 12) **Residencia habitual del fallecido(a).**- Escriba con claridad el nombre de la provincia, cantón, parroquia urbana o rural y localidad y dirección domiciliaria según el caso donde vivía habitualmente la persona fallecida.  
Para el caso de fallecidos(as) menores de un año, anote la residencia de la madre.
- 13) **Área.**- No llene estos casilleros, son para uso del INEC.
- 14) **Estado civil y/o conyugal.**- Utilice estos casillas únicamente para las personas que, al fallecer tenían 12 años y más de edad. Marque con una "X" la casilla correspondiente al estado civil o conyugal de la persona fallecida, si se ignora marque la casilla (9)
- 15) **ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN.**- Para personas que al fallecer tenían 5 años y más de edad.
  - 15.1) **Sabía leer y escribir ?.**- Marque con una "X" lo que corresponda.
  - 15.2) **Nivel de Instrucción alcanzado.**- Marque con una "X" la casilla del último nivel de instrucción alcanzado, que tuvo la persona fallecida. Ejemplo: Si se trata en 2 año de secundaria , el último nivel de instrucción alcanzado será primaria
- 16) **AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA.**  
**De acuerdo con la cultura y costumbres, como se autoidentificaba el fallecido(a)?.**- Marque con una "X" la respuesta que corresponda a cómo se autoidentificaba la persona fallecida. La casilla "Otra" (8), se marcará cuando se traten de personas fallecidas, que no se ajusten a cualquiera de las 7 categorías mencionadas.
- 17) **Lugar de Ocurrencia del Fallecimiento.**- Marque con una "X" el establecimiento o lugar donde ocurrió la muerte.  
En establecimiento del Ministerio de Salud, se marcará cuando el fallecimiento haya ocurrido en cualquier casa de salud, perteneciente a dicho Ministerio. En establecimiento del IESS (INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL), se marcará el fallecimiento ocurrido en uno sus establecimientos. En establecimiento de la Junta de Beneficencia, se marcará el fallecimiento ocurrido en sus establecimientos. En otro establecimiento Público, se marcará el fallecimiento ocurrido en establecimientos de Municipios, Consejos Provinciales, de las Fuerzas Armadas, Policía, SOLCA, etc. En Hospital, Clínica o Consultorio Privado, se marcará el fallecimiento que haya ocurrido en cualquier establecimiento del sector privado. En Casa, se marcará cuando el fallecimiento haya ocurrido en un domicilio particular. En Otro, se marcará cuando el fallecimiento haya ocurrido en un lugar que no sea ninguno de los anteriormente mencionados.  
**17.1) Identificación del lugar donde ocurrió el fallecimiento.**- Escriba con claridad el **17.1.1) Nombre del lugar donde ocurrió el fallecimiento**; el **Código del establecimiento de salud** corresponde al que tiene asignado por parte del Ministerio de Salud Pública y/o el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, el resto de espacios anote el nombre de **17.1.2) Provincia; 17.1.3) Cantón; 17.1.4) Parroquia Urbana ó Rural ; 17.1.5) localidad (parroquia rural);17.1.6) Dirección del establecimiento; y 17.1.7) Teléfono**. Deje en blanco en caso de que la defunción no ocurrió en un establecimiento de salud, es decir, para los casos que en el numeral 17 (**Lugar de Ocurrencia del Fallecimiento**), se marcó las categorías 6 o 7.
- 18) **Área.**- No llene estos casilleros, son de uso exclusivo del INEC

## (B) CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

El presente certificado debe ser llenado con letra clara, legible y en imprenta

### 19) CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN CERTIFICADAS POR MÉDICO: Anote sólo una causa por línea.

#### PARTE I

Enfermedad o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente.

a) ..... debido a (o como consecuencia de)

b) ..... debido a (o como consecuencia de)

c) ..... debido a (o como consecuencia de)

d) ..... debido a (o como consecuencia de)

#### PARTE II

OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS, que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbos que la condujo.

### 20) MORTALIDAD MATERNA

En el caso de que la Defunción corresponda a una MUJER en edad fértil (de 10 a 49 años),

#### Marque el periodo en el que ocurrió la muerte:

(Solo marcar una opción)

Embarazo

1

Parto

2

Puerperio  
(hasta 42 días)

3

Entre 43 días y 11 meses  
después del parto o aborto

4

No estuvo embarazada durante  
los 11 meses previo a la muerte

5

### 21) MUERTES ACCIDENTALES Y/O VIOLENTAS

(Esta información es valiosa para facilitar la determinación del código CIE-10 específico).

#### 21.1) Si la muerte fue accidental o violenta, Señale el tipo:

(solo marcar una opción)

Accidentes de transporte

1

Otros accidentes

2

Homicidio

3

Suicidio

4

Se ignora

9

#### 21.2) Lugar donde ocurrió el hecho.

Vivienda

0

Calle o carretera  
(a pública)

4

Avenida, local  
hacienda, rancho, granja,  
cerro de sembrío)

7

Institución residencial

1

Área Comercial o  
de Servicios

5

Escuela u Oficina  
Pública

2

Áreas industriales  
(taller, fábrica u oficina)

6

Áreas deportivas

3

Se ignora

9

**Descripción:** Describa brevemente la situación, circunstancia en la que se produjo el hecho accidental y/o violento.

### 22) SE REALIZÓ NECROPSIA / AUTOPSIA?

SI

1

NO

2

## (C) PARA MUERTES SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA

### 23) CAUSA PROBABLE DE LA MUERTE:

Síntomas:

Informantes o  
Testigos

Nombres y Apellidos

Firma

Dirección

Teléfono

Nombres y Apellidos

Firma

Dirección

Teléfono

## (D) DATOS DE LA INSCRIPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN

### 24) CERTIFICADO POR:

Médico(a) Tratante

1

#### 24.1) IDENTIFICACIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN:

Médico(a) no Tratante

2

Nombres y Apellidos

/ No. cédula de identidad/Pasaporte

Médico(a) Legista

3

Nombres y Apellidos

/ No. cédula de identidad/Pasaporte

Autoridad Civil o de Policía

4

Dirección de consultorio o domicilio

Teléfono

Funcionario del Registro Civil

5

Núm. Registro Sanitario

Firma y Sello

### 25) Nombres y Apellidos de quien solicita la inscripción:

Edad

años cumplidos

### 26) RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL FALLECIDO/A

Cónyuge

1

Padres o Suegros

5

Hijo (a)

2

Otros parientes

6

Yerno o Nuera

3

Otros No parientes

7

Nieto (a)

4

**Observaciones:** Este espacio está destinado para que se pueda anotar cualquier comentario que sirva para clarificar algún dato o circunstancia sobre la Defunción ocurrida.

USO INEC

Código crítico - codificador

## (B) CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

19) **Causas de la defunción certificadas por médico.-** Para obtener esta información se utiliza 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.

Toda la información que se debe registrar en estos espacios, sirven para determinar finalmente la CAUSA BÁSICA de la muerte, con la que se realizan todos los estudios necesarios para entender la estructura y la causalidad de la mortalidad en el país.

La responsabilidad del médico que firma el certificado de defunción es indicar la afección morbosa (enfermedad) que condujo directamente a la muerte y establecer las condiciones antecedentes o sucesos que dieron origen a dicha afección.

En la parte I del certificado se anotarán las enfermedades relacionadas con la cadena de acontecimientos que condujeron directamente a la muerte, siguiendo un orden que indica que la causa anotada arriba fue debida a la anotada en la línea de abajo. Se pueden registrar desde una hasta cuatro causas (una causa por línea).

Arriba de las palabras "Debido a (o como consecuencia de)", que aparece en el certificado, deben incluirse no solo la causa o proceso patológico directo, sino también las causas indirectas.

En la Parte II se indicarán otras entidades morbosas que hubieran contribuido pero no relacionadas con la causa directa de la muerte.

Es importante anotar también el tiempo o intervalo aproximado (minutos, horas, días, semanas, meses o años) entre el comienzo de cada afección y la muerte para establecer correctamente la cadena de acontecimientos que condujeron a la muerte, para facilitar al codificador la selección apropiada del código CIE-10.

Al anotar se debe registrar una sola causa en cada línea, evitando registrar modos de morir, por ejemplo, paro cardíaco, astenia, etc.

El Certificado Médico de Defunción debe ser llenado con letra legible y sin abreviaciones, como por ejemplo "ACV" (Accidente Cerebro Vascular), IAM (Infarto Agudo al Miocardio), etc.

20) **MORTALIDAD MATERNA.- Defunciones de mujeres en edad fértil.** Sólo para mujeres de 15 a 49 años de edad.

Para estos casos marque con una "X" en una sola opción, en el caso de que la muerte de la mujer haya ocurrido durante: el Embarazo, el Parto, el Puerperio (hasta 42 días), Entre los 43 días a 11 meses después del parto o aborto o no estuvo embarazada durante los 11 meses previo a la muerte.

21) **MUERTES ACCIDENTALES Y/O VIOLENTAS.-** (Esta información es valiosa para facilitar la determinación del Código CIE-10).

21.1) **Si la muerte fue accidental o violenta, especifique.-** Marque con una "X" uno de los tipos que se indican, en el caso de desconocer marcar la opción Se ignora (9).

21.2) **Lugar donde ocurrió el hecho.-** Marque con una "X" en una de las alternativas de respuesta, recuerde que esta información permitirá seleccionar con mayor precisión el código CIF 10 de la causa Básica.

**Descripción.-** En este se describirá brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo el hecho accidental y/o violento.

22) **Se realizó necropsia / autopsia?-** Marque con una "X" una de las dos respuestas que se indican.

## (C) PARA MUERTES SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA

Esta información debe ser llenada únicamente cuando por diferentes circunstancias, no ha sido factible obtener la certificación médica y las causas probables de la muerte se establecen en base a datos proporcionados por los informantes o testigos.

23) **Causa probable de la muerte.-** Anote la causa probable que ocasionó la muerte; y, si es posible, los síntomas de la enfermedad causante del fallecimiento, de acuerdo a la declaración de los informantes o testigos. Se deberá registrar también el nombre, firma y dirección de dichos informantes o testigos.

## (D) DATOS DE LA INSCRIPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN

24) **Certificado por.-** Marque con una "X" la casilla que corresponda a la persona que extiende el certificado.

**MÉDICO TRATANTE.-** Marque cuando el profesional que otorga el certificado, es el que atendió al fallecido durante su enfermedad.

**MÉDICO NO TRATANTE.-** Marque cuando el profesional únicamente le trató en las últimas horas de vida, o constató la defunción y pudo determinar la causa de la muerte, en muchos casos efectuando con la necropsia correspondiente.

**MÉDICO LEGISTA.-** Esta casilla se marcará cuando el médico que realizó la autopsia ó necropsia para determinar la causa de muerte certifica la defunción.

**AUTORIDAD CIVIL O DE POLICÍA.** Esta casilla se marcará cuando no haya certificación médica y es la autoridad Civil o Policial la que certifica la defunción de acuerdo al testimonio de dos testigos.

**FUNCIONARIO DE REGISTRO CIVIL.** Esta casilla se marcará cuando no haya certificación médica y es un funcionario del Registro Civil quien certifica la defunción, de acuerdo al testimonio de dos testigos.

24.1) **Identificación de quien certifica la defunción.-** Se debe escribir con claridad los nombres y apellidos del médico que certifica la defunción, número de cédula de identidad o de pasaporte (este campo es obligatorio), la dirección del consultorio, número telefónico, Número de Registro Sanitario y la firma o rúbrica respectiva, así como el sello. Para el caso, de que, quien certifica en médico rural, se debe anotar en el espacio de Número Registro Sanitario, esta connotación, es decir "médico rural".

25) **Nombres y apellidos de quien solicita la inscripción.-** Escriba los nombres y apellidos y anote la edad (años cumplidos) de la persona que solicita la inscripción.

26) **Relación de parentesco con el fallecido.-** Marque con una "X" la casilla correspondiente a la relación de parentesco de la persona que solicita la inscripción con el fallecido que se inscribe. Marque la casilla OTROS NO PARIENTES (7), cuando la inscripción solicite una persona que no tenga ningún parentesco con el fallecido, y en el caso que fuese la inscripción por parte de una institución, especificar en el espacio para observaciones el nombre de la institución.

**OBSERVACIONES:** Este espacio está destinado, para que se pueda anotar cualquier comentario que sirva para clarificar algún dato o circunstancia sobre la defunción ocurrida. No coloque el sello del Establecimiento de Salud o de la oficina de Estadística en los lugares donde se anota la información..