

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

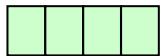
NOTA: ESTE DOCUMENTO SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS

5)		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	Año <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					Año <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					Horas (Si es menor de 1 día) <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 1			Provincia	
Mujer <input type="checkbox"/> 2	Mes <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			Mes <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			Días (Si es menor de 1 mes) <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 2			Cantón					
	Día <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			Día <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			Meses (Si es menor de 1 año) <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 3			Ciudad					
			Años cumplidos <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 4			Parroquia rural									
			Ignorado <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 9			Localidad									
12) OCURRIDO EN:		13) CERTIFICADO POR:		14) ESTADO CIVIL O CONYUGAL											
Establecimiento del Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> 1		MÉDICO		(Para personas de 12 años y más)											
Establecimiento del IESS <input type="checkbox"/> 2		Tratante <input type="checkbox"/> 1	Unido (a) <input type="checkbox"/> 1	Provincia											
Otro Establecimiento del Estado <input type="checkbox"/> 3		No Tratante <input type="checkbox"/> 2	Soltero (a) <input type="checkbox"/> 2	Cantón											
Hospital, Clínica o Consultorio Particular <input type="checkbox"/> 4		NO MÉDICO:		Casado (a) <input type="checkbox"/> 3	Ciudad										
Casa <input type="checkbox"/> 5		Autoridad Civil o de Policía <input type="checkbox"/> 3	Divorciado (a) <input type="checkbox"/> 4	Parroquia rural											
Otro <input type="checkbox"/> 6		Otro <input type="checkbox"/> 4	Separado (a) <input type="checkbox"/> 5	Localidad											
			Viudo (a) <input type="checkbox"/> 6	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
			Ignorado (a) <input type="checkbox"/> 9	Urbana <input type="checkbox"/> 1											
				Rural <input type="checkbox"/> 2											
				Periférica <input type="checkbox"/> 3											
				15) RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (A) (Para menores de 1 año - residencia de la madre)											
				Provincia											
				Cantón											
				Ciudad											
				Parroquia rural											
				Localidad											
				<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
				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?			20) ¿ESTUVO EMBARAZADA CUANDO FALLECIÓ?												
SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2			SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9												
19) QUE NIVEL DE INSTRUCCIÓN TENÍA?			21) EN LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS PREVIAS AL FALLECIMIENTO DIÓ A LUZ?												
Ninguno <input type="checkbox"/> 0			SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9												
Centro de Alfabetización <input type="checkbox"/> 1			22) ¿RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA?												
Primario <input type="checkbox"/> 2			SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9												
Secundario <input type="checkbox"/> 3			SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9												
Educación Básica <input type="checkbox"/> 4			SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9												
Educación Media <input type="checkbox"/> 5			SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9												
Ciclo Post - Bachillerato <input type="checkbox"/> 6			SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9												
Superior <input type="checkbox"/> 7			SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9												
Postgrado <input type="checkbox"/> 8			SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9												
Se ignora <input type="checkbox"/> 9			SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9												

(B) CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

(B) CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION		
23) CAUSAS DE DEFUNCION CERTIFICADAS POR MÉDICO	<p><i>Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente *</i></p> <p>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.</p> <p>OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS: Que condujeron a la muerte pero no relacionadas con la enfermedad o estado morboso que la produjo</p>	
	<p>a) <i>debida a (o como consecuencia de)</i></p> <p>b) <i>debida a (o como consecuencia de)</i></p> <p>c) <i>causa básica</i></p>	<p>Tiempo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
		<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

* 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.



26) EN CASO DE MUERTE VIOLENTA	TIPO	INDIQUE LA CLASE DE ACCIDENTE Y LUGAR DONDE OCURRIÓ	
	Accidente	<input type="checkbox"/> 1	CLASE: _____ Ej. (caída, ahogamiento, envenenamiento, etc)
	Suicidio	<input type="checkbox"/> 2	LUGAR: _____ Ej. (casa, calle, oficina, lugar de trabajo, etc)
	Homicidio	<input type="checkbox"/> 3	
	Indeterminado	<input type="checkbox"/> 4	
En caso de accidente de Tránsito específico		_____ 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

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	<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
Edad:	Nieto (a)	<input type="checkbox"/> 4		
Años cumplidos				

OBSERVACIONES: