

# **INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN**

- 2010



**ANTES DE LLENAR ESTE INFORME LEA LAS  
INSTRUCCIONES ESCRITAS AL REVERSO**

1) OFICINA DE REGISTRO CIVIL DE:		PARROQUIA RURAL:							
..... Oficina No. <span style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 2px 10px;"> </span>		3) FECHA DE INSCRIPCIÓN: Año <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> Mes <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> Día <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span>							
4) Acta de Inscripción Nº. <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px;"></span> (Debe ser el mismo que consta en el libro de Inscripciones)									
<b>(A) DATOS DEL FALLECIDO O FALLECIDA</b>									
<p>5) APELLIDOS NOMBRES</p>									
<p>6) SEXO</p> <p>Hombre <input checked="" type="checkbox"/> 1</p> <p>Mujer <input checked="" type="checkbox"/> 2</p>		<p>7) FECHA DE NACIMIENTO</p> <p>Año <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span></p> <p>Mes <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span></p> <p>Día <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span></p>		<p>8) FECHA DE FALLECIMIENTO</p> <p>Año <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span></p> <p>Mes <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span></p> <p>Día <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span></p>		<p>9) EDAD AL FALLECER</p> <p>En Horas (Si es menor de 1 día) <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span> 1</p> <p>En Días (Si es menor de 1 mes) <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span> 2</p> <p>En Meses (Si es menor de 1 año) <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span> 3</p> <p>Años cumplidos <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span> 4</p> <p>Ignorado <input type="checkbox"/> 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; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></span></p>	
								<p>USO INEC</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 checked="" type="checkbox"/> 1</p> <p>Establecimiento del IESS <input checked="" type="checkbox"/> 2</p> <p>Otro Establecimiento del Estado <input checked="" type="checkbox"/> 3</p> <p>Hospital, Clínica o Consultorio Particular <input checked="" type="checkbox"/> 4</p> <p>Casa <input checked="" type="checkbox"/> 5</p> <p>Otro <input checked="" type="checkbox"/> 6</p>		<p>13) CERTIFICADO POR:</p> <p>MÉDICO TRATANTE <input checked="" type="checkbox"/> 1</p> <p>MÉDICO NO TRATANTE <input checked="" type="checkbox"/> 2</p> <p>NO MÉDICO: Autoridad Civil o de Policía y OTROS <input checked="" type="checkbox"/> 3</p>		<p>14) ESTADO CIVIL Y/O CONYUGAL</p> <p>(Para personas fallecidas de 12 años y más)</p> <p>Unido (a) <input checked="" type="checkbox"/> 1</p> <p>Soltero (a) <input checked="" type="checkbox"/> 2</p> <p>Casado (a) <input checked="" type="checkbox"/> 3</p> <p>Divorciado (a) <input checked="" type="checkbox"/> 4</p> <p>Separado (a) <input checked="" type="checkbox"/> 5</p> <p>Viudo (a) <input checked="" type="checkbox"/> 6</p> <p>Se ignora <input checked="" 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; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></span></p>			
								<p>USO INEC</p> <p>Urbana <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Rural <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Periférica <input type="checkbox"/> 3</p>	
								<p>16) ÁREA</p> <p>Residente <input type="checkbox"/> 1</p> <p>No Residente <input type="checkbox"/> 2</p>	
								<p>17)</p>	
<p>ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN (Para personas de 5 años y más)</p> <p>18) SABÍA LEER Y ESCRIBIR ?</p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> 1      NO <input checked="" type="checkbox"/> 2</p> <p>19) QUE NIVEL DE INSTRUCCIÓN APROBADO TENÍA ?</p> <p>Ninguno <input checked="" type="checkbox"/> 0</p> <p>Centro de Alfabetización <input checked="" type="checkbox"/> 1</p> <p>Primario <input checked="" type="checkbox"/> 2</p> <p>Secundario <input checked="" type="checkbox"/> 3</p> <p>Educación Básica <input checked="" type="checkbox"/> 4</p> <p>Educación Media <input checked="" type="checkbox"/> 5</p> <p>Ciclo Post - Bachillerato <input checked="" type="checkbox"/> 6</p> <p>Superior <input checked="" type="checkbox"/> 7</p> <p>Postgrado <input checked="" type="checkbox"/> 8</p> <p>Se ignora <input checked="" type="checkbox"/> 9</p>				<p>PERPENCIENCIA ÉTNICA</p> <p>Con la finalidad de que el país pueda disponer de información sobre esta temática, es importante conocer cómo se AUTOIDENTIFICABA la persona fallecida.</p> <p>20) DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO(A) ERA O SE RECONOCÍA COMO:</p> <p>Indígena <input checked="" type="checkbox"/> 1</p> <p>Afro – Ecuatoriano (a) <input checked="" type="checkbox"/> 2</p> <p>Mestizo (a) <input checked="" type="checkbox"/> 3</p> <p>Otra <input checked="" type="checkbox"/> 4</p> <p>Se Ignora <input checked="" type="checkbox"/> 9</p>		<p>DEFUNCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRIL (Embarazo, Parto y Puerperio)</p> <p>(Sólo para mujeres de 10 a 49 años)</p> <p>21) ¿ ESTUVO EMBARAZADA CUANDO FALLECIÓ ?</p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> 1      NO <input checked="" type="checkbox"/> 2      Ignorado <input checked="" type="checkbox"/> 9</p> <p>Pase a 24</p> <p>22) ¿ FALLECIÓ DANDO A LUZ ?</p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> 1      NO <input checked="" type="checkbox"/> 2      Ignorado <input checked="" type="checkbox"/> 9</p> <p>Pase a 24</p> <p>23) ¿ EN LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS (hasta 42 días) ANTES DEL FALLECIMIENTO DIÓ A LUZ ?</p> <p>SI <input checked="" type="checkbox"/> 1      NO <input checked="" type="checkbox"/> 2      Ignorado <input checked="" type="checkbox"/> 9</p> <p>Pase a 24</p>			

**NOTA:** ESTE DOCUMENTO Y SUS TRAMITACIONES SON GRATUITOS

## (B) CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

### 24) CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN CERTIFICADAS POR MÉDICO:

(Anote sólo una causa por línea)

Enfermedad o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente \*

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

Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte.  
(en minutos, horas, días, semanas, meses o años)

#### CAUSAS ANTECEDENTES:

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) .....

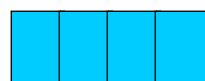
c) .....  
debida a (o como consecuencia de) .....

d) .....  
**CAUSA BÁSICA**

Recuerde que la CAUSA BÁSICA de la defunción ha sido definida como "la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal."

#### OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS

**SIGNIFICATIVOS**, que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la condujo.



### 25) PARA CASOS DE MUERTE VIOLENTA:

#### Señale el Tipo:

- 1 Suicidio
- 2 Homicidio
- 3 Accidente de tránsito
- 4 Otro Accidente
- 5 Indeterminado

#### Para el caso de Accidentes indique alguna característica:

- Especifique: .....  
Ejemplo: choque, volcamiento, arrollamiento, etc.
- La clase de accidente: .....  
Ejemplo: Caída, ahogamiento, envenenamiento, etc.
- El lugar de ocurrencia: .....  
Ejemplo: casa, calle, oficina, lugar de trabajo, etc.

SE REALIZÓ AUTOPSIA ?      SI       1      NO       2

### 26) DATOS DEL MÉDICO QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN.

### 27) Nombre del establecimiento de salud donde ocurrió la defunción:

Nombres y Apellidos

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

Nombre

Dirección de la consulta o domicilio

Teléfono

Firma

Dirección

Ciudad

## C) MUERTE SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA

### 28) CAUSA PROBABLE DE LA MUERTE:

Síntomas: .....

Informantes o Testigos	Nombres y Apellidos	Firma	Dirección
{			
Nombres y Apellidos			
Nombres y Apellidos			

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

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN

El Informe Estadístico de Defunción es el requisito indispensable para la inscripción de una muerte en las Oficinas del Registro Civil.

### ¿QUIÉN DEBE LLENAR EL INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN?

Cuando la defunción es certificada por **médico**, dicho profesional, está obligado a llenar el Informe Estadístico de Defunción desde el numeral 5 al 27, a excepción de las áreas sombreadas que es “USO INEC” y corresponden a los numerales 11, 16 y 17. El numeral 25 esta destinado para casos de muerte violenta, que generalmente lo debe llenar un médico legista. El numeral 27 debe llenarse cuando el fallecimiento ocurrirre en un establecimiento de salud. Los numerales 1 al 4, 29 y 30 llenará un funcionario o Jefe de las oficinas del Registro Civil el momento que se efectúa la inscripción legal. El numeral 28 se dejará en blanco.

Si la defunción no es certificada por médico, el Informe Estadístico de Defunción, llenará un funcionario de salud, desde el numeral 5 al 23 (a excepción del 11, 16 y 17; USO INEC), además el numeral 25 y el 28. Los numerales 1 al 4, 29 y 30 le corresponde llenar al Jefe del Registro Civil. Los numerales 24, 26 y 27 se conservarán en blanco.

En los lugares donde no hay funcionario de salud, el Informe Estadístico de Defunción llenará el Jefe de las Oficinas del Registro Civil, dejando en blanco los espacios correspondientes a los numerales 11, 16 y 17 (USO INEC), 24, 26 y 27. Deberá llenar el numeral 25, 28 y 29 para completar el formulario.

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

- 1) Anote el nombre de la capital de provincia, cabecera cantonal, parroquia u oficina a donde corresponde la dependencia del Registro Civil donde se realiza la inscripción.
- 2) Escriba el nombre de la provincia, cantón y parroquia urbana o rural en donde está ubicada la oficina en la cual se inscribe.
- 3) En las casillas correspondientes anote, el año, mes y día en el que se efectúa la inscripción.
- 4) Anote el número de Acta de inscripción, empezando con el número (1) la primera defunción inscrita 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 al que consta en el libro de Registros que mantiene la Oficina de Registro Civil.

### (A) DATOS DEL FALLECIDO O FALLECIDA

- 5) **Apellidos y nombres.**- Escriba los apellidos y nombres completos de la persona fallecida.
- 6) **Sexo.**- Marque con una “X” la casilla correspondiente al sexo de la persona fallecida.
- 7) **Fecha de nacimiento.**- En las casillas correspondientes anote el año, mes y día en que nació la persona fallecida.
- 8) **Fecha de fallecimiento.**- En las casillas correspondientes anote el año, mes y día en el que ocurrió el fallecimiento.
- 9) **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 (Ignorado).
- 10) **Lugar de fallecimiento.**- Escriba con claridad el nombre de la provincia, cantón, ciudad, parroquia rural y localidad donde falleció la persona.
- 11) **Área.**- No llene estos casilleros, son para uso del INEC.
- 12) **Ocurrido en.**- 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 otro establecimiento del Estado, se marcará el fallecimiento ocurrido en Hospitales de las Fuerzas Armadas, SOLCA, Junta de Beneficencia de Guayaquil, etc. En Hospital, Clínica o Consultorio Particular, 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.
- 13) **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 autopsia correspondiente.  
**NO MÉDICO.**- Esta casilla se marcará cuando no haya certificación médica y, es la autoridad Civil o Policial u otra autoridad competente la que certifica la defunción.
- 14) **Estado civil o conyugal.**- Utilice estas 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) **Residencia habitual del fallecido.**- Escriba con claridad el nombre de la provincia, cantón, ciudad, parroquia rural o localidad, según el caso donde vivía habitualmente la persona fallecida. Para el caso de fallecidos menores de 1 año, anote la residencia de la madre.
- 16-17) **Área.**- No llene estos casilleros, son de uso exclusivo del INEC.

### **ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN.**- Para personas que al fallecer tenían 5 años y más de edad.

- 18) **Sabía leer y escribir?.**- Marque con una “X” lo que corresponda.
- 19) **¿Qué nivel de instrucción aprobado tenía?.**- Marque con una “X” la casilla del último nivel de instrucción aprobado.

## **PERTENENCIA ÉTNICA**

### **20) De acuerdo con la cultura, pueblo o rasgos físicos, el fallecido(a) era o se reconocía cómo: ?**

Marque con una "X" la respuesta que corresponda a cómo se auto identificaba la persona fallecida. La casilla 4 (Otra), se marcará cuando se traten de personas fallecidas, que no se ajusten a cualquiera de las 3 categorías anteriores.

### **DEFUNCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRIL**.- Sólo para mujeres de 10 a 49 años

- 21) **¿Estuvo embarazada cuando falleció?.**- Marque una sola de las casillas de acuerdo a la respuesta. Si marcó la casilla 1, debe ir al numeral 24 dejando en blanco los numerales 22 y 23.
- 22) **¿Falleció dando a luz?** Marque con una "X" la casilla correspondiente. Si la persona falleció dando a luz, vaya al numeral 24 y deje en blanco el numeral 23.
- 23) **¿En las últimas 6 semanas (hasta 42 días) antes del fallecimiento dio a luz?.**- Marque con una "X" la casilla que corresponda.

### **(B) CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN**

**24) Causas de la defunción certificada 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 incluye 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 causalidad de la mortalidad en el país.**

Para el llenado de estos espacios, se deben seguir las instrucciones y recomendaciones que consta en esta parte del formulario. En la línea (a) se anotará la enfermedad o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente. En la línea (b) se informará la causa antecedente que intervino. En la línea (c) se informará la causa antecedente originaria; y, en la línea (d) se anotará finalmente la CAUSA BÁSICA, la que se define como: "**La enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal**". En los casos en los que la muerte haya sido provocada por una sola causa, sin evidencias de la existencia de otras, la causa directa y la básica son las mismas, por lo tanto la certificación se hará sólo en la línea (d) dejando las líneas (a), (b) y (c) en blanco. Se deberá anotar también, el tiempo transcurrido entre el comienzo de cada una de las causas y la muerte.

### **25) Para casos de muerte violenta.**- Marque con una "X" uno de los tipos que se indican.

Si marcó "Accidente de tránsito" se debe especificar el mismo (choque, arrollamiento, volcamiento, etc.)

Si marcó que la muerte ocurrió por "Otro Accidente", debe especificar también la clase del accidente (caída, envenenamiento, incendio, ahogamiento, etc.); y el lugar donde ocurrió (casa, calle, oficina, lugar de trabajo, etc.)

Cuando la muerte ocurriera sin certificación médica, éste numeral se llenará en base a la información del Acta de levantamiento del cadáver realizado por autoridad competente.

### **26) Datos del médico que certifica la defunción.**- Escriba con claridad los nombres y apellidos del médico que certifica la defunción, Nº de Registro del Colegio Médico o Registro del Ministerio de Salud Pública; para el caso de médicos rurales, anote Médico Rural, dirección de la consulta o domicilio, número telefónico y con la firma y rúbrica respectiva.

### **27) Nombre del Establecimiento de Salud donde ocurrió la defunción.**- Escriba con claridad el nombre, dirección y ciudad del establecimiento de Salud.

### **(C) MUERTE 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.

### **28) 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. Se deberá anotar también el nombre, firma y dirección de dichos informantes o testigos.

### **(D) DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA INSCRIPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN**

- 29) **Nombres y apellidos.**- Escriba los nombres y apellidos y anote la edad (años cumplidos) de la persona que solicita la inscripción.
- 30) **Relación de parentesco con el fallecido que inscribe.**- 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 PARENTES cuando la inscripción solicite una persona que no tenga ningún parentesco con el fallecido.

**OBSERVACIONES:** Este espacio está destinado para que se pueda anotar cualquier comentario o aclaración 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.