



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

INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN

Page 15

ANTES DE LLENAR ESTE INFORME LEA LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS AL REVERSO		2) PROVINCIA: <input type="text"/>	
1) OFICINA DE REGISTRO CIVIL DE: Oficina N° <input type="text"/> <input type="text"/>		CANTÓN PARR. URBANA:	
		PARROQUIA RURAL:	
3) FECHA DE INSCRIPCIÓN: Año <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Día <input type="text"/> <input type="text"/>		4) Acta de Inscripción N°: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
(A) DATOS DEL FALLECIDO O FALLECIDA			
5)			
APÉLIDOS NOMBRES			
6) SEXO	7) FECHA DE NACIMIENTO	8) FECHA DE FALLECIMIENTO	9) EDAD AL FALLECER
Hombre <input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/> <input type="text"/> Año	<input type="text"/> <input type="text"/> Año	Horas (Si es menor de 1 día) <input type="text"/> 1
Mujer <input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/> <input type="text"/> Mes	<input type="text"/> <input type="text"/> Mes	Días (Si es menor de 1 mes) <input type="text"/> 2
	<input type="text"/> <input type="text"/> Día	<input type="text"/> <input type="text"/> Día	Meses (Si es menor de 1 año) <input type="text"/> 3
			Años cumplidos <input type="text"/> 4
			Ignorado <input type="text"/> 9
10) LUGAR DE FALLECIMIENTO			
Provincia Cantón Ciudad Parroquia rural Localidad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
11) ÁREA <input type="checkbox"/> 1 Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3			
12) OCURRIDO EN:		13) CERTIFICADO POR:	
Establecimiento del Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> 1		MÉDICO <input type="checkbox"/> 1	
Establecimiento del IESS <input type="checkbox"/> 2		Tratante <input type="checkbox"/> 1	Unido (a) <input type="checkbox"/> 1
Otro Establecimiento del Estado <input type="checkbox"/> 3		No Tratante <input type="checkbox"/> 2	Soltero (a) <input type="checkbox"/> 2
Hospital, Clínica o Consultorio Particular <input type="checkbox"/> 4		NO MÉDICO <input type="checkbox"/> 2	Casado (a) <input type="checkbox"/> 3
Casa <input type="checkbox"/> 5		Autoridad Civil o De Policía <input type="checkbox"/> 3	Divorciado (a) <input type="checkbox"/> 4
Otro <input type="checkbox"/> 6		Otro <input type="checkbox"/> 4	Separado (a) <input type="checkbox"/> 5
			Viudo (a) <input type="checkbox"/> 6
			Ignorado <input type="checkbox"/> 9
14) ESTADO CIVIL O CONYUGAL (Para personas de 13 años y más)			
Provincia Cantón Ciudad Parroquia rural Localidad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
15) RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO(A) (Para menores de 1 año – residencia de la madre)			
16) ÁREA <input type="checkbox"/> 1 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) ¿QUÉ NIVEL DE INSTRUCCIÓN TENÍA?		↓ 21) EN LA 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			
Primario <input type="checkbox"/> 2			
Secundario <input type="checkbox"/> 3			
Educación Básica <input type="checkbox"/> 4			
Educación Media <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			
↓ 22) ¿RECIBIÓ ATENCIÓN MÉDICA ?			
SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9			

(B) CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

23) CAUSAS DE DEFUNCIÓN CERTIFICADAS POR MÉDICO	<p>Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente *</p> <p>CAUSAS ANTECEDENTES:</p> <p>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 morbo que la produjo.</p>	<p>a) _____ debida a (o como consecuencia de) _____</p> <p>b) _____ debida a (o como consecuencia de) _____</p> <p>c) _____ causó o contribuyó más decisivamente que las demás causas a la muerte. La causa básica es _____</p>	Tiempo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte _____
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	<small>* No quiere decir con esto, la manera o modo de morir. b) Debilidad cardíaca, astenia, etc. Significa propiamente la enfermedad, lesión o complicación que causó el fallecimiento.</small>		

24) DATOS DEL MÉDICO QUE CERTIFICA	Nombres y Apellidos	Nº Registro de Colegio Médico o del M.S.P.	25) Nombre del establecimiento de salud donde ocurrió la defunción: Nombre _____ Dirección _____ Ciudad _____
	Dirección de la consulta o domicilio Teléfono Firma		

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

29) Nombres y Apellidos: _____ Edad: _____ Años cumplidos	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 Nieto (a) <input type="checkbox"/> 4		
	OBSERVACIONES: <small>_____</small>		