

(B) CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

(B) CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN		
<p>23)</p> <p>CAUSAS DE DEFUNCIÓN CERTIFICADAS POR MÉDICO</p>	<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 morbosos que la produjo</p>	
	<p>a)</p> <p><i>debida a (o como consecuencia de)</i></p>	<p>Tiempo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte</p> <p>.....</p>
	<p>b)</p> <p><i>debida a (o como consecuencia de)</i></p>	<p>.....</p>
	<p>c)</p> <p><i>causa básica</i></p>	<p>.....</p>

24) DATOS DEL MÉDICO QUE CERTIFICA	Nombres y Apellidos Dirección de la consulta o domicilio Teléfono Firma 	N° Registro de Colegio Médico o del M. S. P. Nombre Dirección Ciudad
---	--	--

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