

INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN

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°
--	--	------------	-------------	--	--	-------------------

- 2) PROVINCIA:**

CANTÓN:

PARROQUIA URBANA:

PARROQUIA RURAL:

- 3) FECHA DE INSCRIPCIÓN: AÑO MES DÍA

AÑO

ME

D

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

1

(Debe ser el mismo que conste en el libro de Inscripciones)

(Debe ser el mismo que conste en el libro de inscripciones)

(A) DATOS DEL FALLECIDO O FALLECIDA

5)

NÚMERO DE CÉDULA IDENTIDAD o PASAPORTE

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS		NOMBRE		
6) SEXO		7) FECHA DE NACIMIENTO		
Hombre	1	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Año <input type="text"/> / <input type="text"/> Mes <input type="text"/> / <input type="text"/> Día		
		EN HORAS (Si es menor de 1 día)		<input type="text"/> 1
		EN DÍAS (Si es menor de 1 mes)		<input type="text"/> 2
8) FECHA DE FALLECIMIENTO		EN MESES (Si es menor de 1 año)		
Mujer	2	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Año <input type="text"/> / <input type="text"/> Mes <input type="text"/> / <input type="text"/> Día		
		AÑOS CUMPLIDOS		<input type="text"/> 3
		SE IGNORA		<input type="checkbox"/> 9
9) EDAD AL FALLECER				
10) RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (A)				
Provincia Cantón Ciudad Parroquia Urbana Parroquia Rural				
USO INEC 				
11) ÁREA: Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3				
12) ESTADO CIVIL y/o CONYUGAL		13) ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN		
(Para personas fallecidas de 12 años y más).		(Para personas fallecidas de 5 años y más)		
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		13.1) ¿SABÍA LEER Y ESCRIBIR? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 13.2) 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 <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		
14) AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA DE ACUERDO CON LA CULTURA Y COSTUMBRES, CÓMO SE AUTOIDENTIFICABA EL FALLECIDO (A) ?				
Indígena <input type="checkbox"/> 1 Afro – Ecuatoriano (a) <input type="checkbox"/> 2 Negro (a) <input type="checkbox"/> 3 Mulato (a) <input type="checkbox"/> 4 Montubio (a) <input type="checkbox"/> 5 Mestizo (a) <input type="checkbox"/> 6 Blanco (a) <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8				
15) 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 <input type="checkbox"/> 7		15.1) IDENTIFICACIÓN DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL FALLECIMIENTO: Código del Establecimiento de Salud		
15.1.1) Nombre del Lugar (Establecimiento, Casa, Otros) / / 15.1.2) Provincia / 15.1.3) Cantón / 15.1.4) Ciudad / 15.1.5) Parroquia Urbana ó 15.1.6) Parroquia Rural 15.1.7) Dirección / 15.1.8) Teléfono /				
USO INEC 				
16) ÁREA: Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3				

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 (tratante o no tratante), dicho profesional, está obligado a llenar el Informe Estadístico de Defunción desde el numeral 5 al 22.1, a excepción de las áreas sombreadas que es "USO INEC" y corresponden a los numerales 11, 16 y 17 y tampoco el numeral 21 "Causa probable de muerte", que será llenado cuando ocurre una muerte sin certificación médica.

Considera que el numeral 19 está destinado para casos de muerte accidental y/o violenta, que generalmente lo debe llenar un médico legista. Los numerales 1 al 4, 23 y 24 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 Informe Estadístico de Defunción, deberá llenar un funcionario de salud, desde el numeral 5 al 22, a excepción del 11 y 16 (USO INEC), y por obvias razones deberá dejar en blanco los espacios destinados para la certificación médica de la defunción (numerales 17 y 19) y el 22.1 que es la identificación del profesional médico que certifica. Igualmente, en estos casos, los numerales 1 al 4, 23 y 24 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 Informe Estadístico 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 17 al 20, y 22.1 Es necesario que se complete el llenado del formulario, consignando información en el numeral 21 (causa probable de la muerte), basado en la declaración de 2 testigos, quienes deben registrar su nombre y apellido, como también la firma correspondiente.

El llenado del formulario debe ser con marcas bien definidas, letra clara, sin borrones ni enmiendas 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. En el caso de las oficinas cantonales, en el espacio de parroquia urbana podría anotarse "matriz".
- 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 al 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 y el número de Cédula de Identidad.
- 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 (Se ignora).
- 10) **Residencia habitual del fallecido(a).-** Escriba con claridad el nombre de la provincia, cantón, ciudad, parroquia urbana y/o rural, según el caso, donde vivía habitualmente la persona fallecida. Para el caso de fallecidos(as) menores de 1 año, anote la residencia de la madre.
- 11) **Área.-** No llene estos casilleros, son para uso del INEC.
- 12) **Estado civil y/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).
- 13) **ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN.-** Para personas que al fallecer tenían 5 años y más de edad.
 - 13.1) Sabía leer y escribir?.- Marque con una "X" lo que corresponda.
 - 13.2) Nivel de Instrucción alcanzado.- Marque con una "X" la casilla del último nivel de instrucción alcanzado, que tuvo la persona fallecida.
- 14) **AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA.- De acuerdo con la cultura y costumbres, cómo se autoidentificaba el fallecido(a).-** Marque con una "X" la respuesta que corresponda a como 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.
- 15) **Lugar de ocurrencia del fallecimiento.-** Marque con una "X" a donde corresponda 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 de sus establecimientos. En establecimiento de la Junta de Beneficencia, se marcará el fallecimiento ocurrido en uno de 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; y, En Otro, se marcará cuando el fallecimiento haya ocurrido en un lugar que no sea ninguno de los anteriormente mencionados.
- 15.1) **Identificación del lugar donde ocurrió el fallecimiento.-** Escriba con claridad el nombre del lugar o establecimiento donde ocurrió el fallecimiento; el **Código del establecimiento de Salud** corresponde al que tiene asignado por parte del Ministerio de Salud Pública y/o Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. En el resto de espacios anote el nombre de provincia, cantón, ciudad, parroquia urbana o rural, dirección y teléfono. Deje en blanco el "nombre del lugar" (numeral 15.1.1), en el caso de que la defunción no ocurrió en un establecimiento de salud, pero si se debe llenar la ubicación geográfica de lugar de fallecimiento.
- 16) **Área.-** No llene estos casilleros, son de uso exclusivo para el INEC.

(B) CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

17) CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN CERTIFICADAS POR MÉDICO: Anote sólo una causa por línea.		Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte. (en minutos, horas, días, semanas, meses o años)	Código CIE - 10
Parte I Enfermedad o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente.	a) debida a (o como consecuencia de)		
CAUSAS ANTECEDENTES: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar la causa básica.	b) debida a (o como consecuencia de)		
	c) debida a (o como consecuencia de)		
	d) debida a (o como consecuencia de)		
Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo.		
		Uso INEC	
		Código Causa Básica	CIE-10

18) MORTALIDAD MATERNA

19) MUERTES ACCIDENTALES Y/O VIOLENTAS

Para defunciones de mujeres en edad fértil entre 10 a 49 años de edad	(Esta información es valiosa para facilitar la determinación del código CIE-10 específico).		
Marque si la muerte ocurrió en el:			
Embarazo <input type="checkbox"/> 1	19.1) Si la muerte fue accidental o violenta: Señale el tipo: (solo marcar una opción)	19.2) Lugar donde ocurrió el hecho violento o accidental:	
Parto <input type="checkbox"/> 2	Accidente <input type="checkbox"/> 1	Vivienda <input type="checkbox"/> 0	Área Comercial o de Servicios <input type="checkbox"/> 5
Puerperio (hasta 42 días antes del fallecimiento) <input type="checkbox"/> 3	Homicidio <input type="checkbox"/> 2	Instituciones de residencia (cuartel, casa hogar, prisión, etc.) <input type="checkbox"/> 1	Áreas Industriales (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 6
Entre 42 días y 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4	Suicidio <input type="checkbox"/> 3	Escuela, centro educativo, u Oficina Pública. <input type="checkbox"/> 2	Áreas Agrícolas (hacienda, rancho, granja, terreno de sembrío) <input type="checkbox"/> 7
	Se ignora <input type="checkbox"/> 9	Áreas deportivas <input type="checkbox"/> 3	Otro lugar <input type="checkbox"/> 8
		Calle o carretera (vía pública) <input type="checkbox"/> 4	Se ignora <input type="checkbox"/> 9
		Descripción: Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo el hecho accidental y/o violento.	

20) SE REALIZÓ NECROPSIA / AUTOPSIA ?

SI 1
NO 2

(C) PARA MUERTES SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA

21) CAUSA PROBABLE DE LA MUERTE:	Síntomas:		
Informantes o testigos <input type="checkbox"/>	Nombres y Apellidos	Firma	Dirección
	Nombres y Apellidos	Firma	Dirección

(D) DATOS DE LA INSCRIPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN

22) CERTIFICADO POR:	22.1) IDENTIFICACIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN:	
Médico(a) Tratante <input type="checkbox"/> 1	Nombres y Apellidos	
Médico(a) no Tratante <input type="checkbox"/> 2	Nombres y Apellidos	
No Médico(a) (Autoridad Civil o de Policía y Otros) <input type="checkbox"/> 3	Dirección de consultorio o domicilio	Teléfono
	Núm. Registro Sanitario	Firma

23) Nombres y Apellidos de quien solicita la inscripción:

Edad años cumplidos	24) RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL FALLECIDO/A	
	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.

(B) CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

- 17) **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, y en la Parte II se indicarán otras entidades morbosas que hubieran contribuido pero no relacionadas con la causa directa de la muerte.

La afección registrada en la última línea escrita en la Parte I del certificado, por lo general es la causa básica de defunción utilizada para la tabulación.

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

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.

- 18) **MORTALIDAD MATERNA.- Defunciones de mujeres en edad fértil.**- Sólo para mujeres de 10 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), ó Entre los 43 días a 11 meses después del parto o aborto.

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

19.1) Si la muerte fue accidental o violeta. Señale el tipo.- Marque con una "X" uno de las alternativas que se indican, en el caso que no sea posible determinarlo utilice la alternativa "Se ignora" (9).

19.2) 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 CIE-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.

- 20) **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.

- 21) **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

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

MEDICO 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.

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.

22.1) Identificación del quien certifica la defunción.- Se debe escribir con claridad los nombres y apellidos del médico que certifica la defunción, la dirección del consultorio, número telefónico, Número de Registro Sanitario y la firma ó rúbrica respectiva.

Para el caso, de que, quien certifica es un médico rural, se debe anotar en el espacio de Número Registro Sanitario, esta connotación, es decir "médico rural".

- 23) **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.

- 24) **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 PARENTES (7), 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 que sirva para clarificar algún dato o circunstancia Sobre la defunción ocurrida y que se inscribe.

No coloque el sello del Establecimiento de Salud o de la oficina de Estadística en los lugares donde se anota la información.