

INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN

Form. EV - 3

ANTES DE LLENAR ESTE INFORME LEA LAS
INSTRUCCIONES ESCRITAS AL REVERSO

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 N° (Debe ser el mismo que consta en el libro de inscripciones)

(A) DATOS DEL FALLECIDO O FALLECIDA

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SUS TRAMITACIONES 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 Mes Día 	Año Mes Día 	En Horas (Si es menor de 1 día) 1 En Días (Si es menor de 1 mes) 2 En Meses (Si es menor de 1 año) 3 Años cumplidos 4 Ignorado 9	Provincia Cantón Ciudad Parroquia rural Localidad
Mujer <input type="checkbox"/> 2				
11) ÁREA				
USO INEC Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3				
12) OCURRIDO EN:		13) CERTIFICADO POR:		14) ESTADO CIVIL Y/O CONYUGAL (Para personas fallecidas de 12 años y más)
Establecimiento del Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> 1		MÉDICO TRATANTE <input type="checkbox"/> 1		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
Establecimiento del IESS <input type="checkbox"/> 2		MÉDICO NO TRATANTE <input type="checkbox"/> 2		
Otro Establecimiento del Estado <input type="checkbox"/> 3		NO MÉDICO: Autoridad Civil o de Policía y OTROS <input type="checkbox"/> 3		
Hospital, Clínica o Consultorio Particular <input type="checkbox"/> 4				
Casa <input type="checkbox"/> 5				
Otro <input type="checkbox"/> 6				
15) RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (A) (Para menores de 1 año - residencia de la madre)				
Provincia Cantón Ciudad Parroquia rural Localidad				
USO INEC Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3				
16) ÁREA				
Residente <input type="checkbox"/> 1 No Residente <input type="checkbox"/> 2				
17)				
ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN (Para personas de 5 años y más)				
PERTENENCIA ÉTNICA <i>Con la finalidad de que el país pueda disponer de información sobre esta temática, es importante conocer cómo se AUTOIDENTIFICABA la persona fallecida.</i>				
DEFUNCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL (Embarazo, Parto y Puerperio) (Sólo para mujeres de 10 a 49 años)				
18) SABÍA LEER Y ESCRIBIR? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2		20) DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO(A) ERA O SE RECONOCÍA COMO:		21) ¿ESTUVO EMBARAZADA CUANDO FALLECIÓ? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 <i>Pase a 24</i>
19) QUE NIVEL DE INSTRUCCIÓN APROBADO TENÍA? Ninguno <input type="checkbox"/> 0 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				
		Indígena <input type="checkbox"/> 1 Afro – Ecuatoriano (a) <input type="checkbox"/> 2 Mestizo (a) <input type="checkbox"/> 3 Otra <input type="checkbox"/> 4 Se Ignora <input type="checkbox"/> 9		
				22) ¿FALLECIÓ DANDO A LUZ? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 <i>Pase a 24</i>
				23) ¿EN LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS (hasta 42 días) ANTES DEL FALLECIMIENTO DIÓ A LUZ? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 <i>Pase a 24</i>

(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)

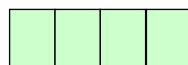
d)
CAUSA BÁSICA

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.

Nota Importante: La causa directa que registre en la línea a), significa propiamente la enfermedad, lesión o complicación que causó el fallecimiento, no quiere decir la manera o modo de morir.
Debe considerar que diagnósticos como "PARO CARDIACO O PARO CARDIORESPIRATORIO" que es un modo de morir, no es una Causa Básica de muerte, salvo casos excepcionales.



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

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

1

Padres o Suegros

5

Hijo (a)

2

Otros Parientes

6

Edad:

Años cumplidos

Yerno o Nuera

3

Otros no Parientes

7

Nieto (a)

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.

.....
.....