

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

5)

APELLIDOS

NOMBRES

6) SEXO

Hombre ☐ 1

Mujer ☐ 2

7) FECHA DE NACIMIENTO

Año

Mes

Día

8) FECHA DE FALLECIMIENTO

Año

Mes

Día

9) EDAD AL FALLECER

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

10) LUGAR DE FALLECIMIENTO

Provincia

Cantón

Ciudad

Parroquia rural

Localidad

11) ÁREA

USO INEC

Urbana

☐ 1

Rural

☐ 2

Periférica

☐ 3

12) OCURRIDO EN:

Establecimiento del Ministerio de Salud

☐ 1

Establecimiento del IESS

☐ 2

Otro Establecimiento del Estado

☐ 3

Hospital, Clínica o Consultorio Particular

☐ 4

Casa

☐ 5

Otro

☐ 6

13) CERTIFICADO POR:

MÉDICO TRATANTE

☐ 1

MÉDICO NO TRATANTE

☐ 2

NO MÉDICO:  
Autoridad Civil o de Policía y OTROS

☐ 3

14) ESTADO CIVIL Y/O CONYUGAL

(Para personas fallecidas de 12 años y más)

Unido (a)

☐ 1

Soltero (a)

☐ 2

Casado (a)

☐ 3

Divorciado (a)

☐ 4

Separado (a)

☐ 5

Viudo (a)

☐ 6

Se ignora

☐ 9

15) RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (A)  
(Para menores de 1 año - residencia de la madre)

Provincia

Cantón

Ciudad

Parroquia rural

Localidad

16) ÁREA

USO INEC

Urbana

☐ 1

Rural

☐ 2

Periférica

☐ 3

17) Residente ☐ 1  
No Residente ☐ 2

ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN  
(Para personas de 5 años y más)

PERTENENCIA ÉTNICA

Con la finalidad de que el país pueda disponer de información sobre esta temática, es importante conocer cómo se AUTOIDENTIFICABA la persona fallecida.

DEFUNCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL  
(Embarazo, Parto y Puerperio)  
(Sólo para mujeres de 10 a 49 años)

18) SABÍA LEER Y ESCRIBIR?

SI ☐ 1

NO ☐ 2

19) QUE NIVEL DE INSTRUCCIÓN APROBADO TENÍA?

Ninguno

☐ 0

Centro de Alfabetización

☐ 1

Primario

☐ 2

Secundario

☐ 3

Educación Básica

☐ 4

Educación Media

☐ 5

Ciclo Post - Bachillerato

☐ 6

Superior

☐ 7

Postgrado

☐ 8

Se ignora

☐ 9

20) DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO(A) ERA O SE RECONOCÍA COMO:

Indígena

☐ 1

Afro - Ecuatoriano (a)

☐ 2

Mestizo (a)

☐ 3

Otra

☐ 4

Se Ignora

☐ 9

21) ¿ESTUVO EMBARAZADA CUANDO FALLECIÓ?

SI ☐ 1

Pase a 24

NO ☐ 2

Ignorado ☐ 9

22) ¿FALLECIÓ DANDO A LUZ?

SI ☐ 1

Pase a 24

NO ☐ 2

Ignorado ☐ 9

23) ¿EN LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS (hasta 42 días) ANTES DEL FALLECIMIENTO DIÓ A LUZ?

SI ☐ 1

Pase a 24

NO ☐ 2

Ignorado ☐ 9

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS

**(B) CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN****24) CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN CERTIFICADAS POR MÉDICO:***(Añote sólo una causa por línea)*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 consi-  
gnada, 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.Tiempo aproximado entre el co-  
mienzo de cada causa y la muerte.  
(en minutos, horas, días, semanas, meses  
o años)

**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 CARDÍACO 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:**Suicidio ☐ 1Homicidio ☐ 2Accidente de tránsito ☐ 3Otro Accidente ☐ 4Indeterminado ☐ 5**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: case, calle, oficina, lugar de trabajo, etc.**SE REALIZÓ AUTOPSIA ?****SI**☐ 1**NO**☐ 2**26) DATOS DEL MÉDICO QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN.**

Nombres y Apellidos

N° Registro de Colegio  
Médico o del M. S. P.

Dirección de la consulta o domicilio

Teléfono

Firma

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

Nombre

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 ☐ 1Padres o Suegros ☐ 5Hijo (a) ☐ 2Otros Parientes ☐ 6Edad: .....  
Años cumplidosYerno o Nuera ☐ 3Otros no Parientes ☐ 7Nieto (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.