

20073218538

B) INFORMACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN DE LA DEFUNCIÓN - MÉDICO PARTICULAR

20) CERTIFICADO POR:		20.1) Identificación de quien certifica la defunción:	La firma debe ser igual a la de la cédula de ciudadanía o identidad
Médico/a Especialista	<input type="checkbox"/> 1	0700017619	<p>Dr. Anibal Pineda Díaz</p> <p>MÉDICO GENERAL</p> <p>Reg. MSP Libro: 3 Folio: 447 No. 154</p> <p>Reg. Colegio Médico de El Oro No. 131</p>
Médico/a General	<input checked="" type="checkbox"/> 2	PINEDA DIAZ ANIBAL JORDAN	
Médico/a Residente	<input type="checkbox"/> 3	20.1.2) Apellidos y Nombres	
Médico/a Rural	<input type="checkbox"/> 4	Ave. Azuay 326 y Machala	
Médico/a Legista	<input type="checkbox"/> 5	20.1.3) Dirección del domicilio	
Funcionario/a del Registro Civil	<input type="checkbox"/> 6	(07) 2915531	
		20.1.4) Teléfono	20.1.5) Firma

21) CAUSA DE LA DEFUNCIÓN CERTIFICADAS POR PROFESIONAL DE LA SALUD MÉDICO/A O MÉDICO/A LEGISTA: Revise al reverso las directrices del llenado

El presente certificado debe ser llenado con letra clara, legible y en imprenta. El profesional de la salud médico/a o médico/a legista, debe registrar la enfermedad, lesión o estados patológicos según terminología médica. (La codificación de la CIE-10 es uso exclusivo del INEC). Las muertes por causas externas (accidentales y/o violentas) serán certificadas únicamente por el médico/a legista.

Tempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte. (en minutos, horas, días, semanas, meses o años)	Código CIE - 10 USO INEC
	USO INEC
	USO INEC
	USO INEC
	USO INEC
	USO INEC
	USO INEC
	USO INEC

PARTE I
Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente

a) **INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO**
debido a (o como consecuencia de)

b) **INSUFICIENCIA CARDIACA**
debido a (o como consecuencia de)

c) **HIPERTENSION ARTERIAL**
debido a (o como consecuencia de)

d) **DIABETES MELLITUS TIPO 2**

CAUSAS ANTECEDENTES
Estados morbosos, si existiera alguno, o lesiones que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar la causa ANTECEDENTE O FUNDAMENTAL

PARTE II
OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS, que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la condujo

22) EN EL CASO DE QUE LA DEFUNCIÓN CORRESPONDA A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL (DE 10 A 50 AÑOS).

Debe marcar obligatoriamente esta pregunta:
(Solo marcar una opción)

Embarazo ☐ 1

Parto ☐ 2

Puerperio (hasta 42 días) ☐ 3

Entre 43 días y 11 meses después del parto o aborto ☐ 4

No estuvo embarazada durante los 11 meses previo a la muerte ☐ 5

Muerte por secuelas de causas obstétricas después de un año y más del parto ☐ 6

Nunca estuvo embarazada ☐ 7

23) MUERTES POR CAUSAS EXTERNAS (ACCIDENTALES Y/O VIOLENTAS) USO EXCLUSIVO PARA EL MÉDICO/A LEGISTA (Esta información es fundamental para facilitar la determinación del código CIE-10).

23.1) Tipo presuntivo: (solo marcar una opción)

Accidentes de transporte	<input type="checkbox"/> 1
Otros accidentes	<input type="checkbox"/> 2
Homicidio	<input type="checkbox"/> 3
Suicidio	<input type="checkbox"/> 4
Otras causas externas	<input type="checkbox"/> 5
Indeterminada	<input type="checkbox"/> 6

23.2) Lugar presuntivo donde ocurrió el hecho.

Vivienda	<input type="checkbox"/> 0	Calle o carretera (vía pública)	<input type="checkbox"/> 4	Área Agrícola (hacienda, rancho, granja, terreno de sembrío)	<input type="checkbox"/> 7
Institución residencial	<input type="checkbox"/> 1	Área comercial o de servicios	<input type="checkbox"/> 5	Otro	<input type="checkbox"/> 8
Escuela u oficina pública	<input type="checkbox"/> 2	Áreas industriales (taller, fábrica u otra)	<input type="checkbox"/> 6		
Áreas deportivas	<input type="checkbox"/> 3				

23.3) Descripción: Detalle brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo el hecho accidental y/o violento.

.....

.....

.....

24) SE REALIZÓ NECROPSIA/AUTOPSIA? (NO APLICA PARA FUNCIONARIO/A DEL REGISTRO CIVIL)

sí ☐ 1 NO ☒ 2

C) PARA MUERTES SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA (USO EXCLUSIVO DE FUNCIONARIO/A DE REGISTRO CIVIL)

25) CAUSA PROBABLE DE LA MUERTE:

.....

.....

26) SÍNTOMAS:

.....

.....

D) ESPACIO DESTINADO PARA QUE SE PUEDA ANOTAR INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL FALLECIMIENTO

27) OBSERVACIONES

.....

.....

.....