INFORME ESTADÍSTICO FALLECIDO



OBSERVACIONES:





FECHA DE CREACIÓN DEL REGISTRO:

2020-04-06 20:49:00.345

INSTITUCIÓN: HOSPITAL GENERAL HOSNAG

| | (A) DATOS | DEL FALLECID | 00 | FALLECI | DA | | |
|---|----------------------------|--|--------|---|--|-------------|--|
| (A) DATOS DEL FALLECIDO O FALLECIDA CÉDULA DE CIUDADANÍA NOMBRES Y APELLIDOS | | | | | | | |
| 1700212911 | | ALEAGA OCHOA TEODORO ANICETO | | | | | |
| NACIONALIDAD | EDAD AL FALLE | EDAD AL FALLECER RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (A) | | | | | |
| Ecuatoriana | EDAD AL PACLE | -VLN | | ODENOIA HA | DITORE DELT RELEGIO | (V) | |
| | | | PR | OVINCIA: | , SUAYAS | | |
| SEXO | Edad | Edad: 90 | | | | | |
| Hombre | | | CA | NTÓN: | SUAYAQUIL | | |
| FECHA DE NACIMIENTO | Condición de Edad: | Años Cumplidos | DA. | RROQUIA: | ARQUI | | |
| 1929/04/15 | | | [-^ | NNOQUIA. | | | |
| FECHA DE FALLECIMIENTO | | | | DIRECCIÓN: GUAYACANES MZ 99A VILLA 10 | | | |
| 2020/04/06 | | | | н к | | | |
| HORA DE NACIMIENTO | ESTADO CIVIL | ESTADO CIVIL (Para personas fallecidas d | | e 5 años y más) | | | |
| | | NIVEL DE INSTRUC | CIÓN | Indique el últin | no año o semestre | ALFABETISMO | |
| HORA DE FALLECIMIENTO | Casado (a) | do (a) Primaria | | Para el caso que aplique años 5 Para el caso que aplique | | Si | |
| AUTOIDENTIFICACIÓN ÉTNICA | LUGAR DE OCU | LUGAR DE OCURRENCIA DEL FALLECIMIENTO | | | | | |
| Mestizo (a) | Otro Establecimier | Otro Establecimiento Público PROVINCIA: GUA | | | AYAS | | |
| | CÓDIGO: 0009 | NOMBRE ESTABLECIMIENTO: HOSPITAL GENERAL HOSNAG PARROQUIA: XIM DIRECCIÓN: AVI | | | GUAYAQUIL | | |
| | NOMBRE ESTAB | | | | MENA | | |
| | HOSPITAL GENER | | | | ÓN: AVE DE LA MARINA S/N | | |
| | | | | | 484869 | | |
| SECCIÓN B CERTIFI | ICADO MÉDICO D | E DEFUNCIÓN | | | | | |
| CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN CERT | | | | HIS ON BEING AND A POST | Tiempo aproximado entre | | |
| PATE 1: | | | | | causa y la muerte (en minutos, horas, días, semanas, meses o años) | | |
| Enfermedad o estado fisiopatológico | INSUFICIENCIA RESPIRA | NSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA | | | 20 Minuto | s | |
| que produjo la muerte directamente. | NEW YORK NO FOREST | IELIKONIA NO FODECIEICADA | | | 7 Dias | | |
| CAUSAS ANTECEDENTES: NEUMONIA NO ESPECIFICADA Estados morbosos, si existiera alguno, | | | | | W 10 10 10 10 11 12 12 12 14 16 16 16 16 16 17 17 17 17 17 17 | | |
| que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar, la CAUSA BÁSICA o fundamental. | | | | | 0 | | |
| | | | | 0 | | | |
| | | | | | | | |
| PATE 2: OTROS ESTADOS PATOLÓGIOS | | | | | 0 | | |
| SIGNIFICATIVOS, que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la | | | | | | | |
| muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la condujo. | | | | | 0 | | |
| MORTALIDAD MATERNA | | Si la muerte fue accidental o violenta, Señale el tipo presuntivo | | | Lugar donde ocurrió el hecho violento | | |
| SE REALIZÓ AUTOPSIA | CERTIFICADO POR | IDENTIFICACIÓN | l DE Ω | UIEN CERTIFIC | CA LA DEFUNCIÓN | | |
| SE REALIZO AUTOFSIA | Nombres y Apellidos: ISAAC | | | | RNANDO DIAZ | CASTRO | |
| No Médico residente | | | | 060785 | | | |