

# INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN

- 2011

Form. EV - 3



ANTES DE LLENAR ESTE INFORME LEA LAS INSTRUCCIONES ESCRITAS AL REVERSO

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)

1) OFICINA DE REGISTRO CIVIL DE: .....

Oficina N°.

## (A) DATOS DEL FALLECIDO O FALLECIDA

5) .....

APELLIDOS NOMBRES CED. IDENTIDAD

6) SEXO	7) FECHA DE NACIMIENTO	8) FECHA DE FALLECIMIENTO	9) EDAD AL FALLECER	10) LUGAR DE FALLECIMIENTO
Hombre <input type="checkbox"/> 1	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span> Año <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span> Mes <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span> Día	<span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span> Año <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span> Mes <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px;"></span> Día	<b>En Horas</b> (Si es menor de 1 día) 1 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <b>En Días</b> (Si es menor de 1 mes) 2 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <b>En Meses</b> (Si es menor de 1 año) 3 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <b>Años cumplidos</b> 4 <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px;"></span> <b>Ignorado</b> 9 <input type="checkbox"/>	Provincia ..... Cantón ..... Ciudad ..... Parroquia rural ..... Localidad ..... <div style="background-color: yellow; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>
				<b>USO INEC</b> 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	15) RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (A)
Establecimiento del Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> 1 Establecimiento del IESS <input type="checkbox"/> 2 Otro Establecimiento del Estado <input type="checkbox"/> 3 Hospital, Clínica o Consultorio Particular <input type="checkbox"/> 4 Casa <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 6	<b>MÉDICO TRATANTE</b> <input type="checkbox"/> 1  <b>MÉDICO NO TRATANTE</b> <input type="checkbox"/> 2  <b>NO MÉDICO:</b> Autoridad Civil o de Policía y Otros <input type="checkbox"/> 3	<b>Para personas fallecidas de 12 años y más</b> 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	<i>(Para menores de 1 año, la de la madre)</i> Provincia ..... Cantón ..... Ciudad ..... Parroquia rural ..... Localidad ..... <div style="background-color: yellow; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>
			<b>USO INEC</b> Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3
			<b>16) ÁREA</b> Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3
			<b>17)</b> Residente <input type="checkbox"/> 1 No Residente <input type="checkbox"/> 2

ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN	PERTENENCIA ÉTNICA	MORTALIDAD MATERNA
<i>(Para personas de 5 años y más)</i> <b>18) SABÍA LEER Y ESCRIBIR ?</b> SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 <b>19) QUE NIVEL DE INSTRUCCIÓN APROBADO TENÍA ?</b> 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	<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> <b>20) DE ACUERDO CON LA CULTURA, COSTUMBRES Y AUTODEFINICIÓN ÉTNICA DEL FALLECIDO(A) ERA RECONOCIDO COMO:</b> 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	<b>DEFUNCIÓNES DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL</b> (Sólo para mujeres de 10 a 49 años) (Embarazo, Parto y Puerperio) <b>21) ¿ESTUVO EMBARAZADA CUANDO FALLECIÓ ?</b> SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 <i>Pase a 24</i> <b>22) ¿ FALLECIÓ DANDO A LUZ ?</b> SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 <i>Pase a 24</i> <b>23) ¿ EN LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS (hasta 42 días) ANTES DEL FALLECIMIENTO DIÓ A LUZ ?</b> SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 <i>Pase a 24</i>

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS

## (B) CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

**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.

Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte. (en minutos, horas, días, semanas, meses o años)

### 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)

#### 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 es 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.

Uso INEC

--	--	--	--	--

### 25) PARA CASOS DE MUERTE VIOLENTA:

#### Señale el Tipo:

- Suicidio  1  
Homicidio  2  
Accidente de tránsito  3  
Otro Accidente  4  
Indeterminado  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: casa, calle, oficina, lugar de trabajo, etc.

### 26) SE REALIZÓ AUTOPSIA ?

SI  1 NO  2

### 27) 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

### 28) Nombre del establecimiento de salud donde ocurrió la defunción:

.....  
Nombre  
.....  
Dirección  
.....  
Ciudad

## C) MUERTE SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA

### 29) 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

### 30) Nombres y Apellidos:

.....

Edad: .....  
Años cumplidos

### 31) RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL FALLECIDO QUE INSCRIBE

- Cónyuge  1 Padres o Suegros  5  
Hijo (a)  2 Otros Parientes  6  
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.

.....  
.....