

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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">Año</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">Mes</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">Día</td></tr> </table>					Año								Mes								Día				<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">Año</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">Mes</td><td colspan="2"></td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td colspan="4" style="text-align: center;">Día</td></tr> </table>					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 <input type="checkbox"/>	Provincia Cantón Ciudad Parroquia rural Localidad <div style="background-color: yellow; width: 100%; height: 20px;"></div>
Año																																																				
Mes																																																				
Día																																																				
Año																																																				
Mes																																																				
Día																																																				
				USO INEC Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3																																																
				11) ÁREA 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	MÉDICO TRATANTE <input type="checkbox"/> 1 MÉDICO NO TRATANTE <input type="checkbox"/> 2 NO MÉDICO: Autoridad Civil o de Policía y Otros <input type="checkbox"/> 3	Para personas fallecidas de 12 años y más 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	(Para menores de 1 año, la de la madre) Provincia Cantón Ciudad Parroquia rural Localidad <div style="background-color: yellow; width: 100%; height: 20px;"></div>
			USO INEC Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3
			16) ÁREA Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3
			17) Residente <input type="checkbox"/> 1 No Residente <input type="checkbox"/> 2

ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN	PERTENENCIA ÉTNICA	MORTALIDAD MATERNA
(Para personas de 5 años y más) 18) SABÍA LEER Y ESCRIBIR ? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 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	Con la finalidad de que el país pueda disponer de información sobre esta temática, es importante conocer cómo se AUTOIDENTIFICABA la persona fallecida. 20) DE ACUERDO CON LA CULTURA, COSTUMBRES Y AUTODEFINICIÓN ÉTNICA DEL FALLECIDO(A) ERA RECONOCIDO COMO: 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	DEFUNCIONES DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL (Sólo para mujeres de 10 a 49 años) (Embarazo, Parto y Puerperio) 21) ¿ESTUVO EMBARAZADA CUANDO FALLECIÓ ? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 Pase a 24 22) ¿ FALLECIÓ DANDO A LUZ ? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 Pase a 24 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 Pase a 24

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.

.....
.....
.....