

**INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN GENERAL**

La información de este recuadro deberá ser llenado por funcionarios de las Oficinas del Registro Civil, en el momento de la Inscripción.

1) OFICINA DE REGISTRO CIVIL DE: .....	USC INEC	Oficina N°	USO INEC Fecha de crítica
2) PROVINCIA: .....	3) FECHA DE INSCRIPCIÓN: _____		Año / Mes / Día
CANTÓN: .....	4) ACTA DE INSCRIPCIÓN: _____		Año / Mes / Día
PARROQUIA URBANA O RURAL: .....	(Debe ser el mismo que conste en el libro de inscripciones)		

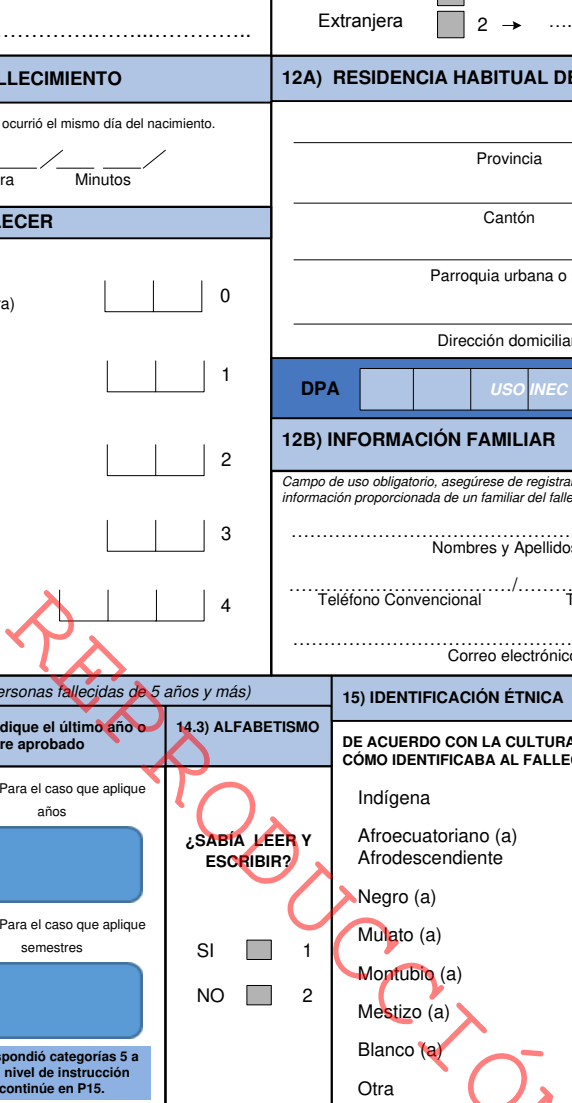
**(A) DATOS DEL FALLECIDO O FALLECIDA**

5) NOMBRES Y APELLIDOS <i>Es obligatorio este campo, para lo cual debe constar los nombres y apellidos idénticos a los registrados en la cédula de ciudadanía o pasaporte</i>		6) NACIONALIDAD <input type="checkbox"/> Ecuatoriana 1 <input type="checkbox"/> Extranjera 2 → Código del País	
7) NÚMERO DE CÉDULA DE CIUDADANÍA O PASAPORTE <i>Uso Establecimientos de Salud, Médicos Particulares, Médicos Forenses ó Registro Civil</i>	10B) HORA DE FALLECIMIENTO <i>Aplica si la defunción ocurrió el mismo día del nacimiento.</i>	12A) RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (A)	
8) SEXO Hombre <input type="checkbox"/> 1    Mujer <input type="checkbox"/> 2	11) EDAD AL FALLECER En minutos (si es menor de una hora)	Provincia	
9) FECHA DE NACIMIENTO Año / Mes / Día	En Horas (Si es menor de 1 día)	Cantón	
10) FECHA DE FALLECIMIENTO Año / Mes / Día	En Días (Si es menor de 1 mes)	Parroquia urbana o rural	
10A) HORA DE NACIMIENTO <i>Aplica si la defunción ocurrió el mismo día del nacimiento.</i>	En Meses (Si es menor de 1 año)	Dirección domiciliaria	
	Años	DPA	
		12B) INFORMACIÓN FAMILIAR <i>Campo de uso obligatorio, asegúrese de registrar textualmente la información proporcionada de un familiar del fallecido.</i>	
		Nombres y Apellidos	
		Teléfono Convencional / Teléfono celular	
		Correo electrónico	

13) ESTADO CIVIL Soltero (a) <input type="checkbox"/> 1 Casado (a) <input type="checkbox"/> 2 Divorciado (a) <input type="checkbox"/> 3 Viudo (a) <input type="checkbox"/> 4 Unión de hecho <input type="checkbox"/> 5	Nivel de Instrucción y Alfabetismo <i>(Para personas fallecidas de 5 años y más)</i>			15) IDENTIFICACIÓN ÉTNICA DE ACUERDO CON LA CULTURA Y COSTUMBRES, UD CÓMO IDENTIFICABA AL FALLECIDO (A)? Indígena <input type="checkbox"/> 1 Afroecuatoriano (a) Afrodescendiente <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
	14.1) ÚLTIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN APROBADO Ninguno <input type="checkbox"/> 0 <b>Pase a 14.3</b> Centro de Alfabetización <input type="checkbox"/> 1 Jardín de Infantes <input type="checkbox"/> 2 Primaria <input type="checkbox"/> 3 Educación Básica <input type="checkbox"/> 4 Secundaria <input type="checkbox"/> 5 Educación Media/Bachillerato <input type="checkbox"/> 6 Superior no universitaria <input type="checkbox"/> 7 Superior Universitaria <input type="checkbox"/> 8 Posgrado <input type="checkbox"/> 9	14.2) Indique el último año o semestre aprobado 14.2.1 Para el caso que aplique años 14.2.2 Para el caso que aplique semestres <b>Si respondió categorías 5 a 9 en nivel de instrucción continúe en P15.</b>	14.3) ALFABETISMO <b>¿SABÍA LEER Y ESCRIBIR?</b> SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2	

16) LUGAR DE OCURENCIA DEL FALLECIMIENTO		16.2) ESTABLECIMIENTO QUE BRINDÓ EL TRATAMIENTO AL FALLECIDO: (ENFERMEADES CRÓNICAS Y TERMINALES)	
1. Establecimiento de salud (no incluye muertes por enfermedades crónicas y terminales - incluye transferencias de enfermedades agudas) <input type="checkbox"/> 1 <b>Pase a 16.3</b>		UNICODIGO MSP Código del Establecimiento de Salud	
2. Casa con asistencia médica (médico de cabecera) y sin asistencia médica (Medicina legal o Registro Civil) <input type="checkbox"/> 2		16.2.1) Nombre del Establecimiento de Salud	
3. Establecimiento de salud (enfermedad crónica o enfermedades terminales tratadas - incluye pacientes con transferencia de enfermedades crónicas y terminales) <input type="checkbox"/> 3		16.2.2) Provincia / 16.2.3) Cantón / 16.2.4) Parroquia <b>Pase a 16.3</b>	
4. Casa (Fallecido tenía tratamiento en un establecimiento de salud) <input type="checkbox"/> 4 <b>Pase a 16.1</b>		16.3) IDENTIFICACIÓN DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL FALLECIMIENTO:	
5. Casa (Fallecido abandono el tratamiento de un establecimiento de salud). <input type="checkbox"/> 5		UNICODIGO MSP Código del Establecimiento de Salud	
6. Centro geriátrico/Casas hogares/Ancianatos (Con tratamiento en un establecimiento de Salud) <input type="checkbox"/> 6		16.3.1) Nombre del lugar (Establecimiento, Casas hogares, Otros)	
7. Centro geriátrico/Casas hogares/Ancianatos (Sin tratamiento en un establecimiento de salud) <input type="checkbox"/> 7 <b>Pase a 16.3</b>		16.3.2) Provincia / 16.3.3) Cantón / 16.3.4) Parroquia urbana o rural	
8. Otro (especifique)..... <input type="checkbox"/> 8 <b>Pase a 16.3</b>		16.3.5) Dirección / 16.3.6) Teléfono	
16.1) ¿EL FALLECIDO RECIBIÓ CUIDADOS PALIATIVOS EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD? (Responda SI o NO y continúe en P16.2) SI <input type="checkbox"/> 1    No <input type="checkbox"/> 2		DPA	

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS



## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN

El Informe Estadístico de Defunción es el requisito indispensable para la inscripción de una muerte en las Oficinas del Registro Civil, razón por la cual debe ser entregado inmediatamente después de ocurrido el hecho. Se requiere que la información que se consigne sea completa y veraz.

### ¿QUIÉN DEBE LLENAR EL INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN?

Según artículos 64 y 66 de la Ley Orgánica de Gestión de la Entidad y Datos civiles, el Informe Estadístico de Defunción físico o electrónico "será firmado de forma manuscrita o electrónica por el médico que certifique la defunción, por el médico legista, por cualquier otro médico que haya verificado el fallecimiento, según el caso. Donde no existan médicos o las circunstancias no lo permitan, el formulario de defunción se llenará con la declaración de dos testigos que conocieron el hecho".

Cuando la defunción es certificada por un profesional de la salud, está obligado a llenar el Informe Estadístico de Defunción desde el numeral 5 al 25, a excepción de las áreas sombreadas que son **USO INEC** y que corresponden a los numerales 1, 6, 12A, 16.3, 18, 21 y numeral 23 (Causa probable de muerte). El numeral 23 será llenado cuando ocurre una muerte sin certificación médica. Considere que el numeral 20 está destinado para casos de muerte accidental y/o violenta, estos campos deben ser llenados por un médico legista, forense o perito particular.

Los numerales 1 al 4, 24 y 25 llenará el funcionario o Jefe de las oficinas del Registro Civil en el momento que se efectúa la inscripción de la defunción.

Si la defunción no es certificada por médico, el Informe Estadístico de Defunción lo deberá llenar un funcionario del registro civil, desde el numeral 5 al 23, a excepción de las áreas sombreadas que son USO INEC y corresponden a los numerales 12A, 16.3, por obvias razones deberá dejar en blanco los espacios destinados para la certificación médica de la defunción (numeral 18), muertes accidentales y/o violentas (numeral 20) y numeral 21. Mientras que en el numeral 23 (causa probable de la muerte) debe proporcionar la información declarada de 2 testigos, quienes deberán registrar su nombre y apellido y su firma correspondiente.

El numeral 17.1 que es la identificación del profesional de la salud, funcionario del Registro Civil o perito particular, debe ser llenado con los datos de la persona que certifica la defunción, independientemente si es o no médico.

Una vez diligenciado el Informe Estadístico, el informe original debe ser enviado al Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) después de la inscripción. Las oficinas del Registro Civil, establecimientos de salud o médicos particulares pueden sacar una copia para su archivo.

El llenado del Informe Estadístico debe ser con marcas bien definidas, letra clara, legible, en imprenta, sin borrones ni enmiendas y de acuerdo a las siguientes instrucciones:

- 1) Anotar el nombre de la Oficina de Registro Civil donde se inscribe, que puede ser el nombre de la cabecera cantonal o parroquial, si es que existiere una sola en la jurisdicción.
- 2) Escribir el nombre de la provincia, cantón y parroquia urbana o rural donde está ubicada la oficina del Registro Civil, en la cual se inscribe la defunción.
- 3) En las casillas correspondientes, anotar el año, mes y día en el que se efectuó la inscripción del fallecimiento de la persona.
- 4) Anotar el número de Acta de inscripción (que consta en el libro de Registros de defunciones correspondiente), empezando con el número (01) la primera inscripción realizada en el año de información, siguiendo la numeración en orden ascendente, sin repetir ni omitir ningún número, hasta el 31 de diciembre del mismo año. Este número deberá corresponder directamente al que consta en el libro de registros.

### (A) DATOS DEL FALLECIDO O FALLECIDA

**5) Nombres y apellidos.-** Escriba los nombres y apellidos completos de la persona fallecida, tal como consten en la cédula de ciudadanía o pasaporte.

**6) Nacionalidad.-** Según sea el caso marque la nacionalidad del fallecido. Si marcó la casilla 2, debe anotar el nombre del país.

**7) Número de cédula de ciudadanía o pasaporte.-** Registre el número único de identificación o pasaporte del fallecido o fallecida, tal como conste en el documento de identificación. Este campo deberá ser llenado por el profesional de la salud, caso contrario de no contar con la fuente de información será responsabilidad del funcionario o Jefes de las Oficinas de Registro Civil completar el campo.

**8) Sexo.-** Marque con una "X" la casilla correspondiente al sexo de la persona fallecida.

**9) Fecha de nacimiento.-** En las casillas correspondientes anote el año, mes y día en que nació la persona fallecida.

**10) Fecha de fallecimiento.-** En las casillas correspondientes anote el año, mes y día en el que ocurrió el fallecimiento.

**10a) Hora de nacimiento.-** En las casillas correspondientes anote la hora y minutos en que nació la persona fallecida.

**10b) Hora de fallecimiento.-** En las casillas correspondientes anote la hora y minutos en el que ocurrió el fallecimiento.

**11) Edad al fallecer.-** En las casillas respectivas, anote la edad cumplida del fallecido(a) al momento de morir. Si no ha llegado a cumplir un día de vida, anote la edad "En horas"; si no ha llegado a vivir un mes, anote la edad "En días"; si el fallecido es menor de un año (1 a 11 meses) anote la edad "En meses"; si es mayor de un año, anote la edad en "Años cumplidos". Si no es posible conocer la edad, deje en blanco.

**12A) Residencia habitual del fallecido(a).-** Escriba con claridad el nombre de la provincia, cantón, parroquia urbana o rural y localidad y dirección domiciliaria, según el caso donde vivía habitualmente la persona fallecida.

Para el caso de fallecidos(as) menores de 1 año, anote la residencia de la madre.

**12B) Información Familiar:** Escriba claramente los nombres y apellidos, número de teléfono convencional o celular y correo electrónico de un familiar de la persona fallecida.

**13) Estado civil.-** Utilice estas casillas únicamente para las personas que, al fallecer tenían 12 años y más de edad. Marque con una "X" la casilla correspondiente al estado civil o conyugal de la persona fallecida.

**14) Nivel de instrucción y alfabetismo.-** Para personas que al fallecer tenían 5 años y más de edad. En el caso de educación básica va desde 1ro de básica hasta 10mo de básica.

**14.1) Último nivel de Instrucción aprobado.-** Marque con una "X" la casilla del último nivel de instrucción alcanzado, que tuvo la persona fallecida.

**14.2) Indique el último año o semestre aprobado.-** Escriba el nivel de instrucción alcanzado en años o en semestres.

**14.3) ¿Sabía leer y escribir?-** Marque con una "X" lo que corresponda.

**15) Identificación étnica.- De acuerdo con la cultura y costumbres. Ud. Cómo identificaba al fallecido(a)?-** Marque con una "X" la respuesta que corresponda según como se identifica a la persona fallecida. La casilla "Otra" (8), se marcará cuando se traten de personas fallecidas, que no se ajusten a cualquiera de las 7 categorías mencionadas.

**16) Lugar de ocurrencia del fallecimiento.-** Marque con una "X" el lugar donde ocurrió la muerte: Establecimiento de salud (no incluye muertes por enfermedades crónicas y terminales - incluye transferencias de enfermedades agudas), Casa con asistencia médica (médico de cabecera) y sin asistencia médica (Medicina legal o Registro Civil), Establecimiento de salud (enfermedad crónica o enfermedades terminales tratadas - incluye pacientes con transferencia de enfermedades crónicas y terminales), Casa (Fallecido tenía tratamiento en un establecimiento de salud), Casa (Fallecido abandono el tratamiento de un establecimiento de salud), Centro geriátrico/Casas hogares/Ancianatos (Con tratamiento en un establecimiento de Salud), Centro geriátrico/Casas hogares/Ancianatos (Sin tratamiento en un establecimiento de salud), o en Otro lugar (SE REFIEREN A LOS OCURRIDOS EN VÍA PÚBLICA, PARQUES, ESCUELAS, ES DECIR QUE NO SEAN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD O CASA.

**Nota:** Para el caso de pacientes con tratamiento, se refiere a enfermedades terminales, crónicas, es decir los pacientes no tenían posibilidad de sobrevivir.

**16.1) Recibió cuidados paliativos en un establecimiento de salud.-** Marque con una "X" lo que corresponda.

**16.2) Establecimiento que brindó el tratamiento al fallecido.-** Escriba con claridad en **16.2.1) Nombre del establecimiento de Salud, 16.2.2) Provincia, 16.2.3) Cantón y 16.2.4) Parroquia urbana o rural** de ubicación la geográfica del establecimiento de salud.

**16.3) Identificación del lugar donde ocurrió el fallecimiento.-** Escriba con claridad en **16.3.1) Nombre del lugar donde ocurrió el fallecimiento; el Código del establecimiento de salud** corresponde USO INEC, el resto de espacios anote el nombre de **16.3.2) Provincia; 16.3.3) Cantón; 16.3.4) Parroquia urbana o rural; 16.3.5) Dirección del establecimiento; y 16.3.6) Teléfono.**

Registre los datos más próximos a la ubicación geográfica, específicamente para los casos donde no ocurrió el fallecimiento en un establecimiento de salud, es decir; para los casos que en el numeral 16 (**Lugar de Ocurrencia del Fallecimiento**), se marcó las categorías 2 a 6.

**(B) CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN**

**17) CERTIFICADO POR:**

- Médico Especialista  1
- Médico General  2
- Médico Residente  3
- Médico Rural  4
- Médico Legista  5
- Perito particular  6
- Funcionario del Registro Civil  7

**17.1) IDENTIFICACIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN:**

.....  
Nombres y apellidos No. cédula de ciudadanía/pasaporte  
.....  
Dirección de consultorio o domicilio Teléfono  
.....  
Firma y sello

**Si quien certifica es Funcionario de Registro Civil, continúe en P19.**

El presente certificado debe ser llenado con letra clara, legible y en imprenta. El profesional de la salud, médico legista debe registrar la enfermedad, lesión o estados patológicos según terminología médica, (La codificación de la CIE-10 es uso exclusivo de INEC).

**18) CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN CERTIFICADAS POR MÉDICO: Anote sólo una causa por línea.**

**PARTE I**

Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente.

a) .....  
debido a (o como consecuencia de)

**CAUSAS ANTECEDENTES:**

Estados morbosos, si existiera alguno, o lesiones que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar, la causa ANTECEDENTE o fundamental.

b) .....  
debido a (o como consecuencia de)

c) .....  
debido a (o como consecuencia de)

d) .....

**PARTE II**

OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS, que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la condujo.

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

**Código CIE - 10  
USO INEC**

**19) EN EL CASO DE QUE LA DEFUNCIÓN CORRESPONDA A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL (DE 8 A 56 AÑOS).**

Marque el periodo en el que ocurrió la muerte:  
(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

**20) MUERTES ACCIDENTALES Y/O VIOLENTAS (USO EXCLUSIVO DEL MÉDICO LEGISTA)**

(Esta información es valiosa para facilitar la determinación del código CIE-10 específico).

**20.1) Si la muerte fue accidental o violenta, Señale el tipo presuntivo:**  
(solo marcar una opción)

- Accidentes de transporte  1
- Otros accidentes  2
- Homicidio  3
- Suicidio  4
- Femicidio  5

**20.2) Lugar donde ocurrió el hecho.**

- Vivienda  0 Calle o carretera (via pública)  4 Área Agrícola (hacienda, rancho, granja, terreno de sembrío)  7
- Institución residencial  1 Área comercial o de servicios  5 Otro  8
- Escuela u oficina pública  2 Áreas industriales (taller, fábrica u obra)  6 Se ignora  9
- Áreas deportivas  3

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

**21) Código Causa Básica CIE-10**

USO INEC

**22) SE REALIZÓ NECROPSIA / AUTOPSIA?**

- SI  1
- NO  2

**(C) PARA MUERTES SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA**

(USO EXCLUSIVO DE FUNCIONARIO DE REGISTRO CIVIL)

**23) CAUSA PROBABLE DE LA MUERTE:** .....

Síntomas: .....

Informantes o Testigos {  
.....  
Nombres y apellidos Firma Dirección Teléfono  
.....  
Nombres y apellidos Firma Dirección Teléfono

**(D) DATOS DE LA INSCRIPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN**

USO EXCLUSIVO DE FUNCIONARIO DE REGISTRO CIVIL

**24) Nombres y apellidos de quien solicita la inscripción:**

Edad .....  
años cumplidos

**25) RELACIÓN DE PARENTESCO CON EL FALLECIDO/A**

- Cónyuge  1 Padres o Suegros  5
- Hijo (a)  2 Otros parientes  6
- Yerno o Nuera  3 Nieto (a)  4
- Otros no parientes  7

**Observaciones:** Este espacio está destinado para que se pueda anotar cualquier comentario que sirva para clarificar algún dato o circunstancia sobre la defunción ocurrida.

**USO INEC**

USO INEC

Código crítico - codificador

## (B) CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

**17) Certificado por.-** Marque con una "X" la casilla que corresponda a la persona que extiende el certificado.

**MÉDICO ESPECIALISTA.-** Marque cuando el profesional que otorga el certificado, es el que atendió al fallecido durante su enfermedad.

**MÉDICO GENERAL, MÉDICO RESIDENTE, MÉDICO RURAL.-** Marque cuando el profesional que otorga el certificado, es el que atendió al fallecido durante su enfermedad.

**MÉDICO LEGISTA.-** Esta casilla se marcará cuando el médico que realizó la autopsia o necropsia para determinar la causa de muerte certifica la defunción.

**PERITO PARTICULAR.-** Esta casilla se marcará por los peritos particulares

**FUNCIONARIO DE REGISTRO CIVIL.-** Esta casilla se marcará cuando no haya certificación médica y sea un funcionario del Registro Civil quien certifica la defunción, de acuerdo al testimonio de dos testigos.

**17) Identificación de quien certifica la defunción.-** Se debe escribir con claridad los nombres y apellidos del médico, ya sea médico tratante, no tratante o legista que certifica la defunción, número de cédula de ciudadanía o de pasaporte (este campo es obligatorio), la dirección del consultorio, número telefónico y la firma o rúbrica respectiva, así como el sello. Igual tratamiento se dará para los casos de certificación los funcionarios del Registro Civil.

**18) Causas de la defunción certificadas por médico.-** Para obtener esta información se utiliza el modelo internacional del certificado médico de causa de defunción, de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE-10).

**Toda la información que se debe registrar en estos espacios, sirven para determinar finalmente la CAUSA BÁSICA de la muerte, con la que se realizan todos los estudios necesarios para entender la estructura y la causalidad de la mortalidad en el país.**

La responsabilidad del médico que firma el certificado de defunción es indicar la afección morbosa (enfermedad), que condujo directamente a la muerte y establecer las condiciones antecedentes o sucesos que dieron origen a dicha afección.

**En la parte I** del certificado se anotarán las enfermedades relacionadas con la cadena de acontecimientos que condujeron directamente a la muerte, Siguiendo un orden que indica que la causa anotada arriba fue debida a la anotada en la línea de abajo. Se pueden registrar desde una hasta cuatro causas (una causa por línea).

Arriba de las palabras *Debido a (o como consecuencia de)*, que aparece en el certificado, deben incluirse no solo la causa o proceso patológico directo, sino también las causas indirectas.

**En la Parte II** se indicarán otros estados morbosos que hubieran contribuido pero no relacionadas con la causa directa de la muerte.

Es importante anotar también el tiempo o intervalo aproximado (minutos, horas, días, semanas, meses o años) entre el comienzo de cada afección y la muerte para establecer correctamente la cadena de acontecimientos que condujeron a la muerte, para facilitar al codificador la selección apropiada del código CIE-10.

Al anotar se debe registrar una sola causa en cada línea, evitando registrar modos de morir, por ejemplo, paro cardíaco, astenia, etc.

El certificado médico de defunción debe ser llenado con letra legible y SIN ABREVIACIONES, como por ejemplo "ACV" (Accidente cerebro vascular), IAM (Infarto agudo al miocardio), etc.

**19) En el caso de que la defunción corresponda a una mujer en edad fértil.-** Sólo para mujeres de 8 a 56 años de edad.

Para estos casos marque con una "X" en una sola opción, en el caso de que la muerte de la mujer haya ocurrido durante: el **embarazo, el parto, el puerperio (hasta 42 días), entre los 43 días a 11 meses después del parto o aborto, no estuvo embarazada durante los 11 meses previo a la muerte, Muerte por secuelas de causas obstétricas después de un año y más del parto o nunca estuvo embarazada.**

**20) MUERTES ACCIDENTALES Y/O VIOLENTAS.-** (Esta información es valiosa para facilitar la determinación del Código CIE-10).

**20.1) Si la muerte fue accidental o violenta.-** Especifique marcando con una "X" uno de los tipos que se indican en este numeral.

**20.2) Lugar donde ocurrió el hecho.-** Marque con una "X" en una de las alternativas de respuesta, recuerde que esta información permitirá determinar con mayor precisión el código CIE-10 de la causa básica.

**Descripción.-** En este campo se describirá brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo el hecho accidental y/o violento.

**21) Causa Básica (USO INEC)**

**22) Se realizó necropsia / autopsia?.-** Marque con una "X" una de las dos respuestas que se indican.

## (C) PARA MUERTES SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA

Esta información debe ser llenada únicamente cuando por diferentes circunstancias, no ha sido factible obtener la certificación médica y las causas probables de la muerte se establecen en base a datos proporcionados por los informantes o testigos.

**23) Causa probable de la muerte.-** Anote la causa probable que ocasionó la muerte; y si es posible, los síntomas de la enfermedad causante del fallecimiento, de acuerdo a la declaración de los informantes o testigos. Se deberá registrar también el nombre, firma y dirección de dichos informantes o testigos.

## (D) DATOS DE LA INSCRIPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN

**24) Nombres y apellidos de quien solicita la inscripción.-** Escriba los nombres y apellidos y anote la edad (años cumplidos) de la persona que solicita la inscripción.

**25) Relación de parentesco con el fallecido.-** Marque con una "X" la casilla correspondiente a la relación de parentesco de la persona que solicita la inscripción con el fallecido que se inscribe. Marque la casilla OTROS NO PARIENTES (7), cuando la inscripción solicite una persona que no tenga ningún parentesco con el fallecido, y en el caso que fuese la inscripción por parte de una institución, especificar en el espacio para observaciones el nombre de la institución.

**OBSERVACIONES:** Este espacio está destinado, para que se pueda anotar cualquier comentario que sirva para clarificar algún dato o circunstancia Sobre la defunción ocurrida. No coloque el sello del establecimiento de salud o de la oficina de estadística en los lugares donde se anota la información.

**Código crítico – codificador.-** No llene estos casilleros, son de uso exclusivo del INEC.