

(B) CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

24) CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN CERTIFICADAS POR MÉDICO:

(Añote 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 consi-
gnada, 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 ha sido 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.

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

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.

--	--	--	--	--

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: case, calle, oficina, lugar de trabajo, etc.

SE REALIZÓ AUTOPSIA ? SI ☐ 1 NO ☐ 2

26) 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

27) Nombre del establecimiento de salud donde ocurrió la defunción:

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

C) MUERTE SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA

28) 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

29) Nombres y Apellidos:

.....

Edad:
Años cumplidos

30) 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.
