

INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN

- 2010

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 No.

(A) DATOS DEL FALLECIDO O FALLECIDA

5)
APELLIDOS NOMBRES

<p>6) SEXO</p> <p>Hombre <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Mujer <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>7) FECHA DE NACIMIENTO</p> <p style="text-align: center;"> Año </p> <p style="text-align: center;"> Mes </p> <p style="text-align: center;"> Día </p>	<p>8) FECHA DE FALLECIMIENTO</p> <p style="text-align: center;"> Año </p> <p style="text-align: center;"> Mes </p> <p style="text-align: center;"> Día </p>	<p>9) EDAD AL FALLECER</p> <p>En Horas (Si es menor de 1 día) 1</p> <p>En Días (Si es menor de 1 mes) 2</p> <p>En Meses (Si es menor de 1 año) 3</p> <p>Años cumplidos 4</p> <p>Ignorado <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>10) LUGAR DE FALLECIMIENTO</p> <p>Provincia</p> <p>Cantón</p> <p>Ciudad</p> <p>Parroquia rural</p> <p>Localidad </p> <div style="text-align: right; font-size: small;"> USO INEC Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3 </div>
<p>12) OCURRIDO EN:</p> <p>Establecimiento del Ministerio de Salud <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Establecimiento del IESS <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Otro Establecimiento del Estado <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Hospital, Clínica o Consultorio Particular <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Casa <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Otro <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>13) CERTIFICADO POR:</p> <p>MÉDICO TRATANTE <input type="checkbox"/> 1</p> <p>MÉDICO NO TRATANTE <input type="checkbox"/> 2</p> <p>NO MÉDICO: Autoridad Civil o de Policía y OTROS <input type="checkbox"/> 3</p>	<p>14) ESTADO CIVIL Y/O CONYUGAL</p> <p>(Para personas fallecidas de 12 años y más)</p> <p>Unido (a) <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Soltero (a) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Casado (a) <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Divorciado (a) <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Separado (a) <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Viudo (a) <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Se ignora <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>15) RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (A) (Para menores de 1 año - residencia de la madre)</p> <p>Provincia</p> <p>Cantón</p> <p>Ciudad</p> <p>Parroquia rural</p> <p>Localidad </p> <div style="text-align: right; font-size: small;"> USO INEC Urbana <input type="checkbox"/> 1 Rural <input type="checkbox"/> 2 Periférica <input type="checkbox"/> 3 </div>	

<p>ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN (Para personas de 5 años y más)</p> <p>18) SABÍA LEER Y ESCRIBIR ? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2</p> <p>19) QUE NIVEL DE INSTRUCCIÓN APROBADO TENÍA ?</p> <p>Ninguno <input type="checkbox"/> 0</p> <p>Centro de Alfabetización <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Primario <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Secundario <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Educación Básica <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Educación Media <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Ciclo Post - Bachillerato <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Superior <input type="checkbox"/> 7</p> <p>Postgrado <input type="checkbox"/> 8</p> <p>Se ignora <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>PERTENENCIA ÉTNICA <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></p> <p>20) DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO(A) ERA O SE RECONOCÍA COMO:</p> <p>Indígena <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Afro - Ecuatoriano (a) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Mestizo (a) <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Otra <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Se Ignora <input type="checkbox"/> 9</p>	<p>DEFUNCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL (Embarazo, Parto y Puerperio) (Sólo para mujeres de 10 a 49 años)</p> <p>21) ¿ ESTUVO EMBARAZADA CUANDO FALLECIÓ ? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 <i>Pase a 24</i></p> <p>22) ¿ FALLECIÓ DANDO A LUZ ? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 <i>Pase a 24</i></p> <p>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 <i>Pase a 24</i></p>
---	--	---

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACIÓN SON GRATUITOS

(B) CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

24) CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN CERTIFICADAS POR MÉDICO:

(Anote sólo una causa por línea)

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

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)

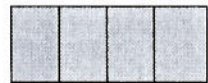
CAUSA BÁSICA

Recuerde que la CAUSA BÁSICA de la defunción 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.

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

- Cónyugue 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.

.....
.....