

CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCIÓN Y ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD FETAL

(ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA Y COLOQUE EN CADA CUADRO LA LETRA O NÚMERO QUE CORRESPONDA)

866422

A. USO EXCLUSIVO MEDICO (O MATRONA EN CASO DE DEFUNCIÓN FETAL)

1.- NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO				CÉDULA DE IDENTIDAD			
SEXO <input type="checkbox"/> M: MASCULINO <input type="checkbox"/> F: FEMENINO <input type="checkbox"/> I: INDETERMINADO				FECHA DE NACIMIENTO: Día Mes Año.		EDAD Años Cumplidos	
TESTIGOS QUE CERTIFICAN LA IDENTIDAD DEL DIFUNTO: (Cuando no tiene Cédula de Identidad)				Sólo si es menor de un año Meses Días Horas Min.			
1. Nombre: _____		C.I. _____		Firma: _____			
2. Nombre: _____		C.I. _____		Firma: _____			

2.- DATOS DE LA DEFUNCIÓN									
FECHA: Día Mes Año.			HORA: Hora Minutos		SOLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL Peso al nacer (grs) Semanas gestación		Estado Nutritivo previo a la enfermedad		
LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> 1: Hospital o Clínica <input type="checkbox"/> 2: Casa habitación <input type="checkbox"/> 3: Otro			ESTABLECIMIENTO O DIRECCIÓN				COMUNA		

3.- CAUSA DE LA MUERTE. En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote "PARTINATO"						DURACIÓN ENFERMEDAD		USO M. SALUD	
I CAUSA INMEDIATA: (Enfermedad o condición que produjo directamente la muerte)									
a) «Debida a» o «Como consecuencia de»									
CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente, suicidio o homicidio que ocasionó la causa inmediata)									
b) «Debida a» o «Como consecuencia de»									
c)									
II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES, (Contribuyentes a la defunción pero fuera de la cadena causal)									

4.- FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE				EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE			
<input type="checkbox"/> 1: Autopsia <input type="checkbox"/> 2: Biopsia <input type="checkbox"/> 3: Operación				<input type="checkbox"/> 4: Exs. Laboratorio <input type="checkbox"/> 5: Cuadro Clínico <input type="checkbox"/> 6: Información de Testigos			
LUGAR DE OCURRENCIA <input type="checkbox"/> 1: Casa <input type="checkbox"/> 2: Vía Pública <input type="checkbox"/> 3: Trabajo <input type="checkbox"/> 4: Otro		CIRCUNSTANCIAS <input type="checkbox"/> 1: Peatón <input type="checkbox"/> 2: Conductor <input type="checkbox"/> 3: Pasajero <input type="checkbox"/> 4: Otra		TIPO <input type="checkbox"/> 1: Accidente <input type="checkbox"/> 2: Suicidio <input type="checkbox"/> 3: Homicidio <input type="checkbox"/> 4: Otro			

ATENCIÓN MÉDICA ÚLTIMA ENFERMEDAD		CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA:		FECHA CERTIFICADO			Firma Médico y Sello Establecimiento				
<input type="checkbox"/> 1: Sí <input type="checkbox"/> 2: No <input type="checkbox"/> 9: Ignorado		MÉDICO: <input type="checkbox"/> 1: Tratante <input type="checkbox"/> 2A: Legista <input type="checkbox"/> 2B: Patólogo <input type="checkbox"/> 3: Otro		OTROS: <input type="checkbox"/> 4: Información de Matrona <input type="checkbox"/> 5: Testigos <input type="checkbox"/> 9: Ignorado		Día Mes Año					
Nombre Médico: _____		Rut: _____		Teléfono: _____							
Domicilio: _____											

B.- INFORMACIÓN ESTADÍSTICA (USO EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL O ADMINISTRACIÓN CEMENTERIOS)

RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (CALLE Y NÚMERO O LOCALIDAD Y COMUNA)						USO INE			
INSTRUCCIÓN Último Curso Nivel <input type="checkbox"/> 1: Superior <input type="checkbox"/> 2: Medio <input type="checkbox"/> 3: Secundario <input type="checkbox"/> 4: Básico o Primario <input type="checkbox"/> 5: Ninguno		OCUPACIÓN				USO INE		NIVEL OCUPACIONAL	
								<input type="checkbox"/> 1: Patrón <input type="checkbox"/> 2: Empleado <input type="checkbox"/> 3: Obrero <input type="checkbox"/> 4: Trabajador por cuenta propia	

5.- SÓLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL.

Nombre de la Madre						1.- MENOR DE UN AÑO				2.- DEFUNCIÓN FETAL					
ESTADO CIVIL			HIJOS: Incluyendo presente inscripción			FECHA PARTO / ABORTO ANTERIOR AL PRESENTE HIJO									
<input type="checkbox"/> S: Soltera <input type="checkbox"/> C: Casada <input type="checkbox"/> V: Viuda			Vivos Fallecidos Mortuorios Total			<input type="checkbox"/> 1.- Parto <input type="checkbox"/> 2.- Aborto			Día Mes Año						
EDAD Años cump.		INSTRUCCIÓN Último Curso Nivel		OCUPACIÓN		USO INE		NIVEL OCUPACIONAL							
		<input type="checkbox"/> 1: Superior <input type="checkbox"/> 2: Medio <input type="checkbox"/> 3: Secundario <input type="checkbox"/> 4: Básico o Primario <input type="checkbox"/> 5: Ninguno						<input type="checkbox"/> 1: Patrón <input type="checkbox"/> 2: Empleado <input type="checkbox"/> 3: Obrero <input type="checkbox"/> 4: Trabajador por cuenta propia							
Nombre del Padre						EDAD Años cump.		INSTRUCCIÓN Último Curso Nivel		OCUPACIÓN		USO INE		NIVEL OCUPACIONAL	
								<input type="checkbox"/> 1: Superior <input type="checkbox"/> 2: Medio <input type="checkbox"/> 3: Secundario <input type="checkbox"/> 4: Básico o Primario <input type="checkbox"/> 5: Ninguno						<input type="checkbox"/> 1: Patrón <input type="checkbox"/> 2: Empleado <input type="checkbox"/> 3: Obrero <input type="checkbox"/> 4: Trabajador por cuenta propia	