

CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION

(Para fallecidos de 28 días y más)

Nº 184707

1. 1er. APELLIDO:		2do. APELLIDO:		NOMBRE (S)	
2. No. DE IDENTIDAD O FECHA DE NAC.:		3. EDAD: a) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Días Meses		b) Si es de 1 año o más: <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 Años 100 Años y más	
4. SEXO: <input type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Femenino		5. COLOR DE LA PIEL: <input type="checkbox"/> 1 Blanca <input type="checkbox"/> 2 Negra <input type="checkbox"/> 3 Mixtura		6. VIDA CONYUGAL: <input type="checkbox"/> 1 Sin Pareja Estable <input type="checkbox"/> 2 Con Pareja Estable <input type="checkbox"/> 3 Inactivo	
7. OCUPACION		CODIGO:			
8. SI ES EXTRANJERO LA RESIDENCIA ES: <input type="checkbox"/> 1 Permanente <input type="checkbox"/> 2 Temporal <input type="checkbox"/> 3 Ignorado		9. RESIDENCIA HABITUAL (Calle, carretera, finca, etc.):		No. o Km.:	
EDIFICIO:		APTO.:		ENTRE CALLES BLOQUE ZONA. REPARTO:	
LOCALIDAD:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:	
AREA DE SALUD:		CODIGO:			
10. HORA Y FECHA DE DEFUNCION: <input type="checkbox"/> A.M. <input type="checkbox"/> P.M. Día Mes Año		11. SITIO DE LA DEFUNCION: <input type="checkbox"/> 1 Cuadro de Ingreso <input type="checkbox"/> 2 Otro Centro Hospital <input type="checkbox"/> 3 Domicilio <input type="checkbox"/> 4 Otro Lugar <input type="checkbox"/> 5 Extranjero <input type="checkbox"/> 6 Ignorado			
LOCALIDAD:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:	
CODIGO:					
12. Sólo para sujetos de entre 12 a 49 años de edad: ¿En los 12 meses antes de la defunción tuvo un embarazo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso de "SI" responde: El embarazo terminó en: Aborto <input type="checkbox"/> 1 Parto <input type="checkbox"/> 2 (Incluye Césarea) Fecha del Evento: Día Mes Año					
13. CAUSAS DE MUERTE:					
P A R T E I Enfermedad o estado patológico que finalmente produjo la muerte. Causas que intercedieron a la causa directa si existen. La última causa anotada en b, c o d será la que inició todo el proceso patológico.		a) CAUSA DIRECTA: b) CAUSA QUE OCASIONO LO ANOTADO EN PARTE I a) c) CAUSA QUE OCASIONO LO ANOTADO EN PARTE I b) d) CAUSA QUE OCASIONO LO ANOTADO EN PARTE I c)		Tiempo aprox. entre el inicio de la causa de la muerte y la muerte CODIGO:	
P A R T E II Otras enfermedades significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la causa directa (1 a)					
14. CONFIRMACION DE LAS CAUSAS: Clínica <input type="checkbox"/> 1 Biopsia <input type="checkbox"/> 4 Investigación (excluye biopsia) <input type="checkbox"/> 2 Necropsia <input type="checkbox"/> 5 Operación <input type="checkbox"/> 3 Reconocimiento <input type="checkbox"/> 6		15. CERTIFICACION HECHA POR EL MEDICO (de): <input type="checkbox"/> 1 Guardia <input type="checkbox"/> 2 Asistencia <input type="checkbox"/> 3 Familia <input type="checkbox"/> 4 Legista <input type="checkbox"/> 5 Otro			
16. a) SI ES MUERTE VIOLENTA PARECE DEBERSE A: <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Por Investigar		b) FECHA DE LA LESION: Día Mes Año		c) LUGAR DONDE OCURRIO LA LESION:	
d) DESCRIPCION DE COMO SE PRODUJO LA LESION:					
e) AUTORIDAD QUE SOLICITA LA ACTUACION:				No. DE ACTA	
NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MEDICO:		No. REG. PROFESIONAL:		FIRMA:	
NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MEDICO:		No. REG. PROFESIONAL:		FIRMA:	
PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA					
CURSO DE LA UNIDAD:		NOMBRE DE LA UNIDAD:		FECHA: CODIGO:	
				Día Mes Año	
NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO ACTUANTE:		CARGO:		No. REG. UNIDAD:	
MUNICIPIO DE ENTERRAMIENTO:		FIRMA:		No. PROVINCIAL:	

ORIENTACIONES PARA EL MEDICO CERTIFICANTE

(Sobre causas de muerte)

GENERALES:

- Cerciárese de la secuencia lógica de las enfermedades que anota como debidas unas a otras. Su relación debe ser causal, etiológica o patológica o, al menos, haber preparado el camino para que ocurriera lo que usted anotó como causa directa en la Parte I a).
- Anote una sola causa en cada renglón y no la repita. No siempre es necesario llenar todas las líneas b, c, d, pero es imprescindible que la causa que inició todo el proceso ocupe la última línea llenada en la Parte I.
- No emplee abreviaturas o siglas, excepto SIDA, EPOC y AVE agregando a éste la patogenia trombótica, hemorrágica, embólica u otra si la conoce.
- Debe prescindirse, en la certificación médica de las causas de muerte, de las palabras: encamamiento, postración, senilidad, vejez, fallo de bomba, fallo cardíaco o de otros órganos, anoxia, caquexia y otros términos, signos y síntomas, útiles en la práctica médica diaria, pero que no constituyen enfermedades propiamente dichas.
- Anote sistemáticamente el tiempo de duración de las enfermedades: 5 días; 6 meses; 19 años. Si no lo conoce con precisión, exprese una aproximación según lo que sepa; minutos, varios días, meses, más de 10 años.
- En Parte II anote las enfermedades coexistentes importantes, si existen, que a su juicio contribuyeron a la muerte, pero sin tener relación con la causa final o directa, que Ud, anotó en la Parte I a).

ESPECIFICAS:

Bronconeumonía: no hipostática; en edades avanzadas, pocas veces es la causa que inició el proceso. Hipostática; nunca es la causa inicial. Agregue en el renglón siguiente la enfermedad o condición morbosa que llevó a la inmovilización.

Tromboembolismo pulmonar, edema agudo del pulmón, sepsis generalizada, escaras, hemorragias, peritonitis e insuficiencia de órganos; no suelen ser causas que iniciaron el proceso, sino consecuencias de otras que deben especificarse en el renglón siguiente.

Infarto agudo del miocardio; accidente vascular encefálico; tumor maligno; cerciárese que estas causas están confirmadas o hay evidencias clínicas para certificarlas.

Tumor: Especifique si maligno, benigno o indeterminado. Siempre que lo sepa, anote el órgano y la parte de éste en que se localiza, incluido el primario en los malignos con metástasis. De las metástasis sólo se anotará el órgano (s). Ej. a) Hipertensión endocraneana, b) Metástasis en cerebro, c) Carcinoma epidermoide de lóbulo superior pulmón derecho.

Arterioesclerosis generalizada: Cuando deba anotarla como causa básica, anote también entre ella y la causa final o directa, si le constan, localizaciones más precisas como arterioesclerosis cerebral, cardioesclerosis, nefroangioesclerosis. Ej. a) Infarto agudo del miocardio, b) cardioesclerosis, c) arterioesclerosis generalizada.

Causa violenta: Sólo están bien certificadas cuando después de anotar las lesiones orgánicas, se anota la causa externa como causa que inició el proceso: caída, colisión, arma blanca, sumersión u otra con las especificaciones que se solicitan en punto 16.

Operación quirúrgica: Debe anotarse en el renglón que corresponda, cuando es necesario, para esclarecer de forma lógica la secuencia de causas que se certifica. Ej.: a) sepsis generalizada, b) sepsis de la herida, c) apendicectomía, d) apendicitis aguda.

DOCTOR:

La atención que Usted preste a las anteriores orientaciones y la precisión con que registre las causas de muerte, están muy relacionados con la calidad de la información estadística de la mortalidad nacional, y con la planificación del desarrollo perspectiva de la salud pública cubana. Muchas gracias.

CERTIFICADO DE DEFUNCION
 (Para fallecidos de 28 días y más)

Nº 184797

PARA SER LLENADO EN LA UNIDAD DE SALUD

1. 1er. APELLIDO:		2do. APELLIDO:		NOMBRE (S):	
2. No. DE IDENTIDAD O FECHA DE NACIMIENTO:			3. EDAD:		4. SEXO:
			<input type="checkbox"/> Años <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Días		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
OCCUPACION:			ESTADO CONYUGAL:		
			<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Acompañado		
5. RESIDENCIA HABITUAL (Calle, carretera, finca, etc.):				No. o Km.	EDIFICIO:
					APARTAMENTO:
ENTRE CALLES, BLOQUE, ZONA, REPARTO:				LOCALIDAD:	
MUNICIPIO:		PROVINCIA:		6. CAUSA DIRECTA DE MUERTE (le):	
7. HORA Y FECHA DE DEFUNCION:			8. SITIO DE LA DEFUNCION (Nombre de la institución de salud, domicilio u otro lugar):		
<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM					
Día Mes Año					
9. NOMBRE Y APELLIDOS DEL DECLARANTE:		No. DE IDENTIDAD:		FIRMA:	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO:		No. REGISTRO PROFESIONAL:		FIRMA:	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO:		No. REGISTRO PROFESIONAL:		FIRMA:	

PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA

CURSO DE LA UNIDAD:	NOMBRE DE LA UNIDAD:	FECHA:	No. DE REGISTRO:
		Día Mes Año	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO:		CARGO:	FIRMA:

PARA SER LLENADO EN LA OFICINA DEL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL

SI NACIO EN CUBA, NATURAL DE:		NO NACIO EN CUBA:		CIUDADANIA:	SI ES EXTRANJERO LA RESIDENCIA ES
PROVINCIA:	MUNICIPIO:	PAIS:			<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal
NOMBRE DEL PADRE:		NOMBRE DE LA MADRE:		DE LA INSCRIPCION DE NACIMIENTO:	
				TOMO: FOLIO: REG. ESTADO CIVIL:	
CEMENTERIO:				MUNICIPIO:	

----- ORIGINAL ----- DESTINO ----- AL ----- REGISTRO ----- DEL ----- ESTADO ----- CIVIL -----

COMITE ESTATAL DE ESTADISTICAS
 SISTEMA DE INFORMACION ESTADISTICA
 NACIONAL (SIE-N) DEMOGRAFIA
 MDD, B - 111 (18-39-2)

**INSCRIPCION DE DEFUNCION EN
 EL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL**

Nº 184797

DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA

INSCRIPCION		REGISTRO DEL ESTADO CIVIL DE:	
TOMO:	FOLIO:		
1er. APELLIDO:		2do. APELLIDO:	
No. DE IDENTIDAD:		FECHA DE DEFUNCION:	
		DIA MES AÑO	
D O M I C I L I O:		SI ES EXTRANJERO LA RESIDENCIA ES:	
CALLE O AVENIDA _____ No _____		<input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal	
EDIFICIO _____ APTO: _____ ENTRE _____		LA RESIDENCIA COINCIDE CON LA ANOTADA POR EL MEDICO:	
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (SI es No, anote)	
CIUDAD, PUEBLO, PUEBLITO (SI es urbano):		UNIDAD DE REGISTRO:	
CASERIO, FINCA U OTRO LUGAR RURAL:		No. REGISTRO:	
MUNICIPIO		PARA USO DE LA O. N. E.	
PROVINCIA		MUNICIPIO	
LUGAR HABIT.		No. DE ORDEN:	

INSTRUCCIONES GENERALES

CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION: Esta parte del modelo se utilizará con fines estadísticos, la llena el médico según las Instrucciones.

CERTIFICADO DE DEFUNCION: Esta parte del modelo se utilizará para registrar la defunción y autorizar el enterramiento. La primera parte la llena el médico y la segunda la Oficina del Registro del Estado Civil.

INSCRIPCION DE DEFUNCION EN EL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL: Talón desprendible que llena la Oficina del Registro del Estado Civil.

INSTRUCCIONES PARA EL MEDICO CERTIFICANTE

(Sobre el llenado de algunos datos)

No. DE IDENTIDAD O FECHA DE NACIMIENTO: Si no dispone del Carné, anote la fecha de nacimiento de izquierda a derecha en el siguiente orden: año, mes y día, el resto de los espacios se anulan con una línea continua.

Ej.: 10 de abril de 1902, se anota en orden inverso: | 0 | 2 | 0 | 4 | 1 | 0 | — | — | — | — | — | .

COLOR DE LA PIEL: Incluir en "mestizo" cualquier otra, no blanca o negra.

VIDA CONYUGAL: (Independientemente de la situación legal.)

— Sin pareja estable: Persona soltero, casada, viuda o divorciada que no tiene pareja permanente.

— Con pareja estable: Persona con pareja permanente, o que al menos dispone del apoyo efectivo de su pareja, aunque no conviva en la misma casa. Incluye casado, soltero, viudo o divorciado.

OCUPACION: (Se llena sólo a personas de 5 años y más de edad). No anote "empleado", "obrero", "trabajador por cuenta propia", etc. Detalle la ocupación que habitualmente realizaba. Si no trabajaba, anote: "jubilada", "ama de casa", "estudiante", "impedido físico o mental", "desocupado", "recluso", etc.

SOLO PARA MUJERES DE ENTRE 12 A 49 AÑOS DE EDAD: En caso de existir más de un embarazo en los 12 meses previos a la defunción refiérase al último evento.

Si el certificado que se confecciona se refiere a una embarazada o puerpera responda igualmente la pregunta.

CONFIRMACION DE LAS CAUSAS: Puede marcar varias casillas. Se utiliza "reconocimiento" en certificaciones médico-legales y excepcionalmente en algún otro caso.

CERTIFICACION HECHA POR EL MEDICO (de): Puede marcar varias casillas según coincida.

SI ES MUERTE VIOLENTA: Debe llenar los incisos a), b), c), d), y e), el médico legista o el médico actuante en función.

NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MEDICO: Si muerte natural, certificará uno solo. Si muerte violenta certificarán dos, siempre que sea posible.