

# 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)

1315251

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

1.- NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO <b>AMALIA TERALTA VALENZUELA</b>				CÉDULA DE IDENTIDAD <b>2397894-6</b>			
SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M: MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> F: FEMENINO <input type="checkbox"/> I: INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <b>28 04 1973</b>		EDAD Años Cumplidos <b>090</b>		Sólo si es menor de un año Meses Días Horas Min. [ ][ ][ ][ ]		
TESTIGOS QUE CERTIFICAN LA IDENTIDAD DEL DIFUNTO: (Cuando no tiene Cédula de Identidad)							
1. Nombre: _____			C.I. _____		Firma: _____		
2. Nombre: _____			C.I. _____		Firma: _____		

CODIGO N° 1702

2.- DATOS DE LA DEFUNCIÓN				SOLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL			
FECHA Día Mes Año <b>02 03 2014</b>		HORA Hora Minutos <b>15 15</b>		Peso al nacer (grs) [ ][ ][ ][ ]		Semanas gestación [ ][ ]	
LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN <input checked="" type="checkbox"/> 1: Hospital o Clínica <input type="checkbox"/> 2: Casa habitación <input type="checkbox"/> 3: Otro				ESTABLECIMIENTO O DIRECCIÓN <b>Lts Vertientes 1108</b>		COMUNA <b>Ponichali</b>	

3.- CAUSA DE LA MUERTE. En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.				DURACION ENFERMEDAD		USO M. SALUD	
CAUSA INMEDIATA: (Enfermedad o condición, que produjo directamente la muerte)							
a) <b>FARO CARDIO RESPIRATORIO</b>							
CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente suicidio u homicidio que ocasiono la causa inmediata)							
b) <b>Hipertensión Arterial Crónica</b>							
c) <b>Tiroides Fretkitus</b>							
ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES: (Contribuyentes a la defunción pero fuera de la cadena causal)							
<b>Deterioro Organico</b>							

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

ATENCIÓN MÉDICA ÚLTIMA ENFERMEDAD <input checked="" type="checkbox"/> 1: Sí <input type="checkbox"/> 2: No <input type="checkbox"/> 9: Ignorado		CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA: MÉDICO OTROS <input checked="" type="checkbox"/> 1: Tratante 2A: Legista 2B: Patólogo 3: Otro		FECHA CERTIFICADO Día Mes Año <b>02 03 2014</b>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>DR. WILSON BORJA REYES</b>                  Medicina General                  R.U.T.: 4.666.893 - 6                  Insc. SBREMI SALUD N° 624 - Santiago                  Uno Norte 776 - Independencia                  Teléfonos de Consulta:                  Cel: 09-7722-880-89-439 6424                  Firma Médico y Sello Establecimiento             </div>			
Nombre Médico: <b>Wilson Borja Reyes</b>									
Rut: <b>4666893-6</b> Teléfono: <b>97722880</b>									
Domicilio: <b>Uno Norte 776 Independencia</b>									

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"/> <input type="checkbox"/>		1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno		OCUPACIÓN				USO INE		NIVEL OCUPACIONAL <input type="checkbox"/> 1: Patrón 2: Empleado 3: Obrero 4: Trabajador por cuenta propia			

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

Modificación Oct 2007





**Funeraria  
Sendero  
de Cristo**

## CONTRATO DE VENTA

DIA	MES	AÑO
02	03	14

### DATOS CONTRATANTE

Nombre: MANUEL ANTONIO BECERRA PERALTA R.U.T.: 6.861.008-7  
 Dirección: LAS VERTIENTES 1108 CONCHALI Fono: 2625535  
 Parentesco: Hijo Fono Velación \_\_\_\_\_

### DATOS DEL FALLECIDO

Nombre: AMALIA PERALTA VALENZUELA R.U.T.: 2.397.894-6  
 Lugar de Fallecimiento: LAS VERTIENTES 1108 CONCHALI  
 Lugar de Velación: LAS VERTIENTES 1108 CONCHALI  
 Estatura aprox.: 150 Peso aprox.: \_\_\_\_\_  
 Funeral Día: \_\_\_\_\_ Misa: \_\_\_\_\_ Salida: \_\_\_\_\_ Llegada Cementerio: \_\_\_\_\_

### DATOS REGISTRO CIVIL

Estado Civil:  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  
 Estudios:  Básicos  Medios  Técnicos  Superiores  
 Ocupación: PENSIONADA  
SIN ESTUDIOS  
 Domicilio Fallecido: LAS VERTIENTES 1108 CONCHALI  
 Registro Civil: CONCHALI  
 Cementerio: PENDIENTE

### VALORES DEL SERVICIO

Modelo de Urna: BARNIZ PINO ESPECIAL LISA NATURAL Valor Total \$ 406.000  
 Medidas de Urna - Ancho: 0,60 Largo: 1,97 Alto: 0,50  
 Equipo de Velación: ELECTRICA Cuota Mortuoria \$ 406.000  
 Detalle de Pago: IPS X CONFIRMAR Saldo \$ —

### ANEXOS INCLUIDOS

Médico INCLUIDO DR. WILSON  
 Sala Velatoria NO  
 Naturalización NO  
 Arreglo Floral NO  
 Aviso Obituario NO  
 Coro NO  
 Tratamiento tanatológico NO  
 Diacono NO

### REFERENCIAS DEL SERVICIO

Vehículo de Despacho VAN Chofer \_\_\_\_\_  
 Carroza funeral PANORAMICA Chofer \_\_\_\_\_  
 Auto de acompañamiento \_\_\_\_\_ Chofer \_\_\_\_\_  
 Van de acompañamiento IDA Y REGRESO Chofer \_\_\_\_\_

Coordinación: \_\_\_\_\_ Acompañamiento: \_\_\_\_\_

Instalación: \_\_\_\_\_

Funera: \_\_\_\_\_