

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)

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

2021905

1.- NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO GLORIA NANCY LANAS PORROS				CÉDULA DE IDENTIDAD 3280228-1			
SEXO <input checked="" type="checkbox"/> F	M: MASCULINO F: FEMENINO I: INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO	Día Mes Año 22 06 1928	EDAD Años Cumplidos	85	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: _____

2.- DATOS DE LA DEFUNCIÓN		SOLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL					
Día	FECHA Mes Año	HORA Hora Minutos	Peso al nacer (grs)	Semanas gestación	Estado Nutritivo previo a la enfermedad		
19	06 20 14	07 30			<input type="checkbox"/> 1: Eutrófico <input type="checkbox"/> 2: Desnutrición grado I <input type="checkbox"/> 3: Desnutrición grado II <input type="checkbox"/> 4: Desnutrición grado III <input type="checkbox"/> 9: Ignorado		
LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		ESTABLECIMIENTO O DIRECCIÓN			COMUNA		
<input checked="" type="checkbox"/> 1: Hospital o Clínica <input type="checkbox"/> 2: Casa habitación <input type="checkbox"/> 3: Otro		COSMECHURUCA 335 SAN ANTON			CONCEPCION		

3.- CAUSA DE LA MUERTE. En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.		DURACIÓN ENFERMEDAD	USO M. SALUD
I CAUSA INMEDIATA: (Enfermedad o condición que produjo directamente la muerte)	a) PARO CARDIO-RESPIRATORIO	—	
«Debida a» o «Como consecuencia de»			
CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente, suicidio u homicidio que ocasionó la causa inmediata)	b) CAQUEXIA	2 MESES	
«Debida a» o «Como consecuencia de»			
c) SENILIDAD		6 MESES	
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 checked="" type="checkbox"/> 1: Autopsia	<input type="checkbox"/> 4: Exs. Laboratorio	LUGAR DE OCURRENCIA		CIRCUNSTANCIAS	
<input type="checkbox"/> 2: Biopsia	<input type="checkbox"/> 5: Cuadro Clínico	<input type="checkbox"/> 1: Casa		<input type="checkbox"/> 1: Peatón	
<input type="checkbox"/> 3: Operación	<input type="checkbox"/> 6: Información de Testigos	<input type="checkbox"/> 2: Vía Pública		<input type="checkbox"/> 2: Conductor	
		<input type="checkbox"/> 3: Trabajo		<input type="checkbox"/> 3: Homicidio	
		<input type="checkbox"/> 4: Otro		<input type="checkbox"/> 4: Otro	

ATENCIÓN MÉDICA ÚLTIMA ENFERMEDAD	CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA: MÉDICO OTROS	FECHA CERTIFICADO	DR. CLAUDIO MUÑOZ MORALES RUT.: 6.049.915-2 R.C.M.: 12067-7	
<input checked="" type="checkbox"/> 1: Sí <input type="checkbox"/> 2: No <input type="checkbox"/> 9: Ignorado	<input checked="" type="checkbox"/> 1: Tratante <input type="checkbox"/> 2A: Legista <input type="checkbox"/> 2B: Patólogo <input type="checkbox"/> 3: Otro	<input type="checkbox"/> 4: Información de Matrona <input type="checkbox"/> 5: Testigos <input type="checkbox"/> 9: Ignorado	19 06 20 14	
Nombre Médico: CLAUDIO MUÑOZ MORALES		ESTUDIO MEDICO BLANCO ENCALADA 444 OF. 310 Fono: 2545583		
Rut: 6.049.915-2		Firma Médico y Sello Establecimiento		
Domicilio: BLANCO E. 444 OF. 310 TALCAHUANO				

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		OCUPACIÓN	USO INE
<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			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									
<input type="checkbox"/> S: Soltera <input type="checkbox"/> C: Casada <input type="checkbox"/> V: Viuda		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Vivos</th> <th>Fallecidos</th> <th>Mortinatos</th> <th>Total</th> </tr> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>		Vivos	Fallecidos	Mortinatos	Total				
Vivos	Fallecidos	Mortinatos	Total								
		FECHA PARTO / ABORTO ANTERIOR AL PRESENTE HIJO									
<input type="checkbox"/> 1.- Parto <input type="checkbox"/> 2.- Aborto		Día Mes Año									