



1. NUMERO DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: _____

6. TIPO DE DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> 1. Fetal <input type="checkbox"/> 2. No fetal	7. FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN ____ Año ____ Mes ____ Día	2. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Departamento _____ Municipio _____
---	---	---

9. SEXO DEL FALLECIDO <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino <input type="checkbox"/> 3. Indeterminado	10. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (Tal como figuran en el documento de identidad) Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____
---	---

11. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO <input type="checkbox"/> Registro civil <input type="checkbox"/> Cedula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Cedula de extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Registro civil	15. EDAD DEL FALLECIDO <input type="checkbox"/> 0. Menor de una hora (en minutos) (00-59) <input type="checkbox"/> 1. Menor de un día (en horas) (01-23) <input type="checkbox"/> 2. Menor de un mes (en días) (01-29) <input type="checkbox"/> 3. Menor de un año (en meses) (01-11) <input type="checkbox"/> 4. De un año o más (en años cumplidos) (01-29) Edad ____
12. NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO _____	

III. DEFUNCIÓNES DE MUJERES EN EDAD FERTIL (10 A 54 AÑOS) 37. Estaba embarazada cuando falleció <input type="checkbox"/> SI (Pase a 40) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sin información.	38. Estuvo embarazada en las últimas 6 semanas <input type="checkbox"/> SI (Pase a 40) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sin información.	39. Estuvo embarazada en los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> SI (Pase a 40) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sin información.	40. PROBALE MANERA DE MUERTE <input type="checkbox"/> 1. Natural <input type="checkbox"/> 2. Violenta <input type="checkbox"/> 3. En estudio <input type="checkbox"/> 1. Suicidio <input type="checkbox"/> 2. Homicidio <input type="checkbox"/> 3. Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> 4. Otro accidente <input type="checkbox"/> 5. En estudio
---	---	--	---

41. ¿COMO OCURRIÓ EL HECHO (Si herido (clase de arma); ahogado(quebrada, río, pozo, piscina, etc.); atropellado (vehículo de motor, bicicleta, de tracción animal, etc. Y especificar si el fallecimiento era conductor, pasajero o peatón); si fue envenenado(la clase de veneno, droga, medicamento, gases o vapores)

45. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (en caso de muerte fetal, o menores de 7 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en c y d) (Consigne una causa por línea): I. CAUSA DIRECTA: mecanismo o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente. CAUSAS ANTECEDENTES: estados morbosos, si existiera algunos, que produjeron la causa consignada en (a), mencionándose en el último lugar, la causa básica o fundamental. III. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS IMPORTANTES que contribuyen a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad, o estado morbo que la produjo:	<table border="1"> <tr> <th>Tiempo</th> <th>Unidad de medida (minutos, horas, días, Semanas, meses, años)</th> </tr> <tr> <td>____</td> <td>____</td> </tr> <tr> <td>____</td> <td>____</td> </tr> <tr> <td>____</td> <td>____</td> </tr> <tr> <td>____</td> <td>____</td> </tr> </table>	Tiempo	Unidad de medida (minutos, horas, días, Semanas, meses, años)	____	____	____	____	____	____	____	____
Tiempo	Unidad de medida (minutos, horas, días, Semanas, meses, años)										
____	____										
____	____										
____	____										
____	____										

47. NOMBRE DE QUIEN EXPIDE LA ENMIENDA (En letra imprenta) tal como figuran en el documento de identificación Nombre(s) _____ Apellido(s) _____	48. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Cedula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Cedula de extranjería	49. NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) _____
---	--	---

52. LUGAR Y FECHA DE LA EXPEDICIÓN DE LA ENMIENDA Departamento _____ Municipio _____ ____ Año ____ Mes ____ Día	5. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN QUE EMITE LA ENMIENDA _____ Código: _____ 53. Firma y Nro. de la tarjeta profesional de quien expide la Enmienda
--	---

NUMERO DE VARIABLE QUE SE ACTUALIZA: ____ ; ____ ; ____ ; ____ ; ____ ; ____ ; ____ ; ____ ; ____ ; ____ ;	OBSERVACIONES: _____ _____
--	----------------------------------

*La numeración de las variables corresponden al orden del certificado de defunción.