

1) NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA FALLECIDA:			
NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CONOCIDO COMO:			
NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2) A) NACIONALIDAD:		5) FECHA DE NACIMIENTO DE LA PERSONA FALLECIDA:	
B) CÉDULA O DOC. DE IDENT.		EDAD CUMPLIDA: EN AÑOS: _____ 5. EN MESES: _____ 4. EN SEMANAS: _____ 3. EN DÍAS: _____ 2. EN HORAS: _____ 1.	
3) SEXO: 1. <input type="checkbox"/> HOMBRE 2. <input type="checkbox"/> MUJER 3. <input type="checkbox"/> INDETERMINADO		DÍA MES AÑO	
4) ÚLTIMO ESTADO CIVIL: 1. <input type="checkbox"/> MENOR 2. <input type="checkbox"/> SOLTERO/A 3. <input type="checkbox"/> CASADO/A 4. <input type="checkbox"/> VIUDO/A 5. <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A 6. <input type="checkbox"/> UNIÓN DE HECHO 7. <input type="checkbox"/> SEPARADO/A		6) RESIDENCIA HABITUAL:	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL/LA ÚLTIMO/A CÓNYUGE		PROVINCIA	CANTÓN
		DISTRITO	BARRIO O CASERÍO
REG. AUX: SI LA DEFUNCIÓN NO OCURRIÓ EN UNA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA, DEBE ADJUNTAR EL CERTIFICADO MÉDICO Y COPIA, DEJANDO LAS CASILLAS 7A, 7B, 7C, 7D Y 7E EN BLANCO.			
7a) I PARTE CAUSAS DE DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre la iniciación y la muerte	
CAUSA DIRECTA O INMEDIATA Asiente solo una causa en cada uno de las líneas a), b) y c). Ante en a), la enfermedad, traumatismo o complicaciones inmediatas a la muerte, y no la forma de morir como: desfallecimiento del corazón, asfixia, asenlia, etc.		a) _____ DEBIDA A, O COMO CONSECUENCIA DE (B)	
CAUSA ANTECEDENTES Causas antecedentes en b) y c), o condiciones morbosas si existiera alguna que produjeron la causa especificada en a) mencionándose en último lugar la causa básica o fundamental.		b) _____ DEBIDA A, O COMO CONSECUENCIA DE (C)	
II PARTE Otras condiciones patológicas significativas que contribuyen a la muerte pero no relacionadas con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.		c) _____	
7b) SI LA MUERTE SE DEBIÓ A FACTORES EXTERNOS SE DEBE ESTABLECER SI FUE: 1. <input type="checkbox"/> SUICIDIO 2. <input type="checkbox"/> HOMICIDIO 3. <input type="checkbox"/> ACCIDENTE 4. <input type="checkbox"/> ACCIDENTE LABORAL			
DESCRÍBANSE LOS MEDIOS USADOS Y EN CASO DE ACCIDENTE, EL TIPO, CIRCUNSTANCIAS Y LUGAR			
7c) FECHA DE OPERACIÓN:		HALLAZGOS: AUTOPSIA	
DÍA MES AÑO		1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO	
7d) ASISTENCIA MÉDICA EN ESA (S) ENFERMEDAD (ES): 1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO			
DESDE		HASTA	
DÍA MES AÑO		DÍA MES AÑO	
NOMBRE DEL PROFESIONAL EN MEDICINA QUE CERTIFICA		FIRMA DEL PROFESIONAL EN MEDICINA	
CÓDIGO			
7e) SI ESTA DEFUNCIÓN ES DE UNA MUJER, INDIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE:		9) LUGAR DE DEFUNCIÓN:	
1. <input type="checkbox"/> EMBARAZO 2. <input type="checkbox"/> PARTO 3. <input type="checkbox"/> POSPARTO (HASTA 42 DÍAS) 4. <input type="checkbox"/> NINGUNA		PROVINCIA	
8) MURIÓ EN: 1. <input type="checkbox"/> SU HOGAR 2. <input type="checkbox"/> EN OTRO PAÍS		CANTÓN	
NOMBRE DEL HOSPITAL, INSTITUCIÓN U OTRO LUGAR		DISTRITO	
10) FECHA DE MUERTE:		11) OCUPACIÓN:	
HORA	DÍA	MES	AÑO
12) SEPULTADO EN:			
PROVINCIA		CANTÓN	
DISTRITO		NOMBRE DEL CEMENTERIO	
13) DATOS DEL PADRE:		14) DATOS DE LA MADRE:	
NOMBRE		NOMBRE	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NACIONALIDAD	CÉDULA O DOC. DE IDENT.	NACIONALIDAD	CÉDULA O DOC. DE IDENT.
15) DATOS DE LA PERSONA DECLARANTE:			
NOMBRE Y APELLIDOS DE QUIEN DECLARA / CÉDULA O DOCUMENTO DE IDENTIDAD		CORREO ELECTRÓNICO	
DIRECCIÓN DE LA PERSONA DECLARANTE POR CALLES Y AVENIDAS, N°. DE CASA O CALQUIER OTRO PUNTO DE REFERENCIA			
PARENTESCO CON LA PERSONA FALLECIDA		No. DE TELÉFONO	FIRMA DE LA PERSONA DECLARANTE
16) SI NO SABE FIRMAR, LO HARÁ OTRA PERSONA A RUEGO:			
NOMBRE Y APELLIDOS		No. CÉDULA O DOC. DE IDENT.	FIRMA
17) ANTE:			
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA REGISTRADORA			LUGAR
18) FECHA DE ESTA DECLARACIÓN:		FIRMA DE LA PERSONA REGISTRADORA	
DÍA	MES	AÑO	
OBSERVACIONES:			

SELLO DE LA OFICINA