



PERÚ

Ministerio
de Salud

Oficina General
de Estadística e Informática



MANUAL PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE DEFUNCIÓN

Oficina General de Estadística e Informática

Oficina de Estadística

Lima, Agosto 2009



PERÚ

Ministerio
de Salud

Oficina General
de Estadística e Informática

Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú
"Año de la Unión Nacional Frente a la Crisis Externa"

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud (MINSA), de conformidad con el Decreto Legislativo N° 584 "Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud", es el ente rector del Sistema Nacional de Salud; y tiene entre otras funciones: recopilar, sistematizar, procesar, consolidar y analizar la información en el campo de la salud.

Y, según el Reglamento de Organización y Funciones del MINSA, es la **Oficina General de Estadística e Informática** del Ministerio de Salud, el órgano rector del Sistema Estadístico Sectorial de Salud, a nivel nacional; teniendo entre sus objetivos: normar, coordinar, integrar y racionalizar las actividades de estadísticas oficiales que se realicen en el país.

En este marco, y de acuerdo a la Resolución Ministerial N° 826-2005: "NORMAS PARA LA ELABORACION DE DOCUMENTOS NORMATIVOS DEL MINISTERIO DE SALUD", la **Oficina General de Estadística e Informática**, a través de la Oficina de Estadística, pone a disposición el "**MANUAL PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE DEFUNCIÓN**", instrumento básico que permitirá al profesional de salud encargado de certificar dicho hecho, contar con las instrucciones necesarias para llenar en forma correcta el formulario establecido, lo cual permitirá contar con información de calidad a nivel nacional.



MANUAL PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE DEFUNCIÓN

El Manual para el Llenado del Formulario de Defunción, es un instrumento básico que contiene las instrucciones y definiciones para llenar el Formulario de Defunción, el mismo que es un documento que certifica la desaparición permanente de todo signo de vida de la persona.

Por lo cual, dada la importancia, el uso del presente instrumento es de carácter **OBLIGATORIO**, por parte de cada uno de los profesionales de la salud que tienen la responsabilidad de certificar el deceso de una persona, en la jurisdicción de las Direcciones Regionales de Salud o Direcciones de Salud o las que hagan sus veces.

El presente manual contiene: instrucciones generales, estructura del formulario y la forma de cómo hacer el llenado del formulario, en cada una de las preguntas del mismo.

FINALIDAD

Contribuir a mejorar el llenado de los datos del formulario de defunción para la producción de las estadísticas vitales, oportunas, completas, y de calidad.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Contar con estadísticas vitales fiables que reflejen la dinámica demográfica nacional.

Objetivos específicos:

- Garantizar la calidad de la información registrada.
- Evitar las omisiones en el llenado en cada una de las preguntas (pérdida de información).
- Estandarizar la forma del llenado del formulario de defunción a nivel nacional.



INSTRUCCIONES GENERALES

DEL FORMULARIO

- El Certificado de Defunción, es un documento que certifica la desaparición permanente de todo signo de vida.
- El formulario consta de dos partes **DESGLOSABLES**: la parte superior contiene el "Certificado de Defunción" y la Declaración Jurada de Registro (reverso); y en la parte inferior el "Informe Estadístico de la defunción".
- Si la fallecida estuvo embarazada o en estado de puerperio se debe llenar la sección 8.

DE LA PERSONA ENCARGADA DE LLENAR EL FORMULARIO

- El **PERSONAL DE SALUD** (médico, obstetrix, enfermera u otro profesional de la salud) que certifica el deceso de una persona es el **responsable** de llenar el formulario en su integridad, es decir, **el certificado y el informe estadístico de la defunción**, excepto la sección "Declaración Jurada de Registro" que se dejará en blanco.
- El Personal de Salud debe colocar el sello del Establecimiento de Salud donde se atendió o constató la defunción, tanto en el certificado de defunción como en el informe estadístico de la defunción.
- El personal de salud, se quedará con el **INFORME ESTADÍSTICO DE LA DEFUNCIÓN**, para ser remitido a las Oficinas de Estadística de las Direcciones Regionales de Salud o Direcciones de Salud o las que hagan sus veces.
- Si la defunción ocurriera en el **DOMICILIO** u otro lugar, el declarante o usuario solicitará la certificación del deceso al personal de salud de cualquier establecimiento de salud. El personal de salud (médico, obstetrix, enfermera u otro profesional de la salud), identificará, certificará la ocurrencia y procederá a llenar el formulario de defunción.
- En el caso de pérdida, deterioro del certificado e informe estadístico de la defunción por el usuario, el declarante o usuario solicitará la certificación de la defunción al personal de salud del establecimiento donde ocurrió el deceso, para adquirir el duplicado del certificado.
- Para el caso de mal llenado del certificado e informe estadístico, se expedirá previa verificación del fallecimiento; los mismos que deben contener el sello de duplicado y las firmas correspondientes.
- Está terminantemente prohibido que el Médico u otro Profesional de la Salud certifique la defunción de los familiares directos o personas que están bajo su dependencia.

TIPOS DE PREGUNTAS DEL FORMULARIO Y FORMAS DEL LLENADO**IMPORTANTE**

El llenado del formulario de defunción debe ser con letra imprenta en forma clara y legible; impecable, sin borrones, tachas o enmendaduras.

El llenado correcto del formulario evita ambigüedades y la pérdida de información; por lo tanto, llene de la forma siguiente, según el tipo de pregunta:

1. Preguntas para marcar

Marque con un aspa (X) el recuadro que corresponde a la respuesta correcta, de un extremo al otro.

Se debe marcar un único recuadro.

33. Estado conyugal / marital:

- | | |
|---------------|-------------------------------------|
| Conviviente | <input type="checkbox"/> |
| Casado(a) | <input type="checkbox"/> |
| Divorciado(a) | <input type="checkbox"/> |
| Separado(a) | <input type="checkbox"/> |
| Soltero(a) | <input type="checkbox"/> |
| Viudo(a) | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Ignorado | <input type="checkbox"/> |

2. Preguntas para llenar y marcar

Son aquellas preguntas que tienen dos partes, un recuadro donde se tiene que escribir la respuesta y además se tiene que marcar un recuadro que ayuda a especificar la respuesta escrita.

Escribir con letra imprenta, clara y legible y debe marcar un único recuadro. Ver el ejemplo:

32. Edad:

10

- | | |
|-------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Años |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Meses |
| <input type="checkbox"/> | Días |
| <input type="checkbox"/> | Horas |
| <input type="checkbox"/> | Ignorado |

3. Preguntas abiertas

Son aquellas donde se debe escribir la respuesta, pueden ser en letras o números.

Escribir con letra imprenta, clara y legible.

41. País		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Departamento	ICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
43. Provincia	CHINCHA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
44. Distrito	EL CARMEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
45. Localidad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ESTRUCTURA DEL FORMULARIO

El formulario que certifica el fallecimiento de una persona tiene dos partes y son **DESGLOSABLES**:

- **Certificado de Defunción:** Esta parte se entregará al declarante o usuario para que solicite la inscripción de la defunción en la Oficina Registral u Oficina de Registro del Estado Civil.
- **Informe Estadístico de la Defunción:** Esta parte debe quedarse en el establecimiento de salud y remitirse a las Oficinas de Estadística de las Direcciones Regionales de Salud o Direcciones de Salud o las que hagan sus veces, siendo éstas Oficinas las que remitan al punto de digitación de manera ordenada para el procesamiento correspondiente.

I. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Esta parte del formulario cuenta con dos secciones, estas son:

- a. **Archívese en la Oficina de Registro Civil (Cara anterior):** En esta sección se registran los datos que identifican al fallecido, lugar donde ocurrió el hecho, la causa básica de muerte, y los datos del profesional que certifica la defunción.
- b. **Declaración Jurada de Registro (Cara posterior):** Esta sección será llenada por el DECLARANTE o en su defecto por el Registrador Civil, y contiene los nombres y apellidos del fallecido, el padre, la madre, el o la cónyuge y el declarante, asimismo en el lado izquierdo su huella digital.

II. INFORME ESTADÍSTICO DE LA DEFUNCIÓN

Esta parte del formulario cuenta con ocho secciones, estas son:

- a. **Oficina de Estadística:** En esta sección se registra el departamento, provincia, distrito y localidad de la oficina de Estadística, que es el lugar de procesamiento.
- b. **Identificación del Fallecido:** Comprende: los nombres y apellidos del fallecido, el tipo de documento de identidad y el número respectivo.
- c. **Datos del Fallecido:** Esta sección tiene 6 preguntas: sexo, edad, estado civil, nivel de instrucción, condición de ocupación y cual era la ocupación del fallecido.
- d. **Residencia Habitual del Fallecido:** En esta sección se registrará el país, departamento, provincia, distrito o localidad que fue su residencia habitual de la persona que falleció, así como la dirección de su domicilio.
- e. **Lugar, Fecha y Hora de Fallecimiento:** En esta sección se escribirá el



PERÚ

Ministerio de Salud

Oficina General de Estadística e Informática

Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú
"Año de la Unión Nacional Frente a la Crisis Externa"

departamento, provincia, distrito, localidad y dirección donde se produjo el deceso; también la fecha y hora del mismo y el sitio de ocurrencia.

- f. **Causa de la Defunción:** Esta sección consta de 5 preguntas: que profesional atendió o constató el fallecimiento, si lo atendió o no, la causa de la defunción, la especificación en caso de muerte violenta y si se realizó autopsia al fallecido.
- g. **Datos de la Persona que Certifica la Defunción:** En esta sección se registrará al profesional de la salud que llena los datos, los nombres y apellidos del profesional, el número de DNI, profesión, el número de Colegio profesional, la dirección, el distrito y la firma y sello.
- h. **Muerte de Mujeres Asociados a Gestación, Parto y Puerperio:** La sección tiene 2 preguntas: en qué momento se produce el deceso de la mujer y a qué edad gestacional.

LLENADO DEL FORMULARIO DE DEFUNCIÓN

I. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Cara anterior: Archívese en la Oficina de Registro Civil

Atención o Constatación de la Defunción: Marque con un aspa (X) si la persona que certifica la defunción atendió al difunto en su última enfermedad o únicamente constató la defunción.

El que suscribe certifica que atendió al difunto en su última enfermedad	<input checked="" type="checkbox"/>	o únicamente constató la defunción	<input type="checkbox"/>
--	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------

Datos del Fallecido: Registre la siguiente información del fallecido: nombres y apellidos, sexo marcando con un aspa (X) el casillero que corresponde, edad cumplida al fallecimiento, el tipo de documento de identidad y el número respectivo.

Nombres y apellidos del fallecido:	<u>HIPÓLITO SICHA CHÁVEZ</u>	sexo:	Hombre <input checked="" type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
Edad:	<u>73</u>	Documento de Identidad:	<u>DNI</u>	Nº <u>03110721</u>
<small>(DNI, L.E., L.M., C.Ext., Part. Nac.)</small>				

Fecha del Fallecimiento: Registre el día, el mes, el año y la hora en que ocurrió el deceso.

			Fecha de fallecimiento: el día <u>29</u> del
mes de :	<u>AGOSTO</u>	del año: <u>2009</u>	a las <u>23:09</u> horas,



PERÚ

Ministerio de Salud

Oficina General de Estadística e Informática

Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú
"Año de la Unión Nacional Frente a la Crisis Externa"

Lugar de Ocurrencia: Escriba la dirección donde ocurrió el deceso, la localidad, distrito, provincia y departamento.

Ocurrido en: <u>JR. LAS MAGNOLIAS</u> <small>(Jr. / Calle / Av. / Psj. / Mza. / Otro)</small>	
Localidad (Urb. / AA.HH. / PP.JJ. / Caserío / Otro) <u>PP.JJ. LAS ARDILLAS</u>	Distrito <u>CHURÍN</u>
Provincia de <u>OYÓN</u>	Departamento <u>LIMA</u>

Causa de Muerte: Registre el nombre de la enfermedad que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte de la persona, o las circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal.

La Causa Básica que se registra en esta sección debe ser igual a la registrada en la sección 6 del Informe Estadístico de la defunción (pregunta 63).

La causa básica de muerte: <u>CIRROSIS HEPÁTICA</u>

Datos del Profesional que Certifica la Defunción: Registre los nombres y apellidos del profesional que certifica la defunción, el número de colegiatura, el lugar y la fecha en que se expide el certificado; y finalmente la firma y sello respectivo, del profesional.

Nombres y apellidos del que certifica la defunción: <u>LUIS ALFREDO ROJAS ZÁRATE</u>	Colegiatura: <u>015896</u>
Lugar y fecha de certificación: <u>CHURÍN, 30 DE AGOSTO DEL 2009</u>	Firma y Sello: 

Cara Posterior: Declaración Jurada de Registro (Para ser anotado por el declarante o en su Defecto por el Registrador Civil)

Datos del Fallecido: Escriba la siguiente información del fallecido: nombres y apellidos, sexo, tipo de documento de identidad y el número respectivo, dirección, edad cumplida al fallecimiento y la fecha de fallecimiento.

Nombres y apellidos del fallecido: <u>HIPÓLITO SICHA CHÁVEZ</u>	de sexo <u>MASCULINO</u>
Tipo de Doc. Ident.: <u>DNI</u> N° <u>03110721</u>	Domicilio <u>JR. LAS MAGNOLIAS</u>
<u> </u> de <u>73 AÑOS</u> de edad, fallecido el <u>29</u> de <u>AGOSTO</u> de 20 <u>09</u> a las <u>23:09</u> horas	



PERÚ

Ministerio de Salud

Oficina General de Estadística e Informática

Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú
"Año de la Unión Nacional Frente a la Crisis Externa"

Nombres y Apellidos del Padre, Madre o Cónyuge: Escriba nombres y apellidos del familiar del fallecido.

Nombres y Apellidos del Padre:	_____
Nombres y Apellidos de la Madre:	_____
Nombres y Apellidos del(a) Cónyuge:	<u>JULIA MALDONADO GANOZA</u>

Nombres y Apellidos del Declarante: Escriba nombres y apellidos del declarante, su dirección, documento de identidad y la firma respectiva.

Nombres y Apellidos del Declarante:	<u>HÉBER SICHA MALDONADO</u>		
Domicilio del declarante:	<u>JR. LAS MAGNOLIAS - PP.JJ. LAS ARDILLAS - OYÓN</u>		
Documento de Identidad:	<u>10101213</u>	Firma del declarante:	

II. INFORME ESTADÍSTICO DE LA DEFUNCIÓN

Sección 1: Oficina de Estadística (Lugar de Procesamiento)

Esta sección será llenada por el codificador MINSA y comprende el nombre del departamento, provincia, distrito y localidad. En los recuadros achurados o sombreados se registrará el código de ubigeo respectivo.

1 Oficina de Estadística (Lugar de Procesamiento)	11 Departamento:	<u>LIMA</u>				
	12 Provincia:	<u>OYÓN</u>				
	13 Distrito:	<u>OYÓN</u>				
	14 Localidad:					
Sólo para ser llenado por el Codificador MINSA						

Sección 2: Identificación del Fallecido

En esta sección se registrarán los nombres del fallecido, su apellido paterno, apellido materno, o en su defecto el apellido de casada si fuese el caso.

Asimismo, se registrará el tipo de documento de identidad del fallecido; para ello, en el lado derecho ubique el tipo de documento de identidad del fallecido y el



número que le identifique escríbalo en el recuadro TIPO y en los recuadros anote el número correspondiente.

Ejemplo:

2 Identificación del fallecido	
21 Nombres:	HIPÓLITO
22 Primer Apellido (Paterno):	SICHA
23 Segundo Apellido (Materno):	CHÁVEZ
24 Apellido de Casada:	
← 25 Documento de Identidad →	
Tipo	Número
1	0 3 1 1 0 7 2 1

Tipo de Documento de Identidad

1 = DNI
 2 = Libreta Militar
 3 = Carné FF.AA. / PNP
 4 = Pasaporte
 5 = Carné Extranjería
 6 = Partida de Nacimiento
 7 = Otro

Sección 3: Datos del Fallecido

31. **Sexo:** Marque con un aspa (X) el recuadro que corresponde al sexo del fallecido. En caso de desconocerse el sexo de la persona fallecida el responsable de la certificación deberá hacer el esfuerzo para conjeturarlo.

31. **Sexo:**

1. Hombre 2. Mujer

3. Indeterminado

32. **Edad:** Escriba la edad cumplida del fallecido y marque con un aspa (X) uno de los recuadros del lado derecho para indicar si la edad escrita es en años, meses, días u horas. En caso de desconocerse la edad de la persona fallecida el responsable de la certificación deberá hacer el esfuerzo para estimarlo.

32. **Edad:** →

Años
 Meses
 Días
 Horas
 Ignorado

Tenga en cuenta lo siguiente: si la persona fallecida tiene 1 año o más de edad, marque el recuadro de años, "meses" si tiene menos de de 1 año de edad, "días" cuando tiene menos de un mes y "Horas" si es menor a un día, si la persona sólo vivió unos segundos considerar "1 hora".

33. **Estado Conyugal / Marital:** Marque con un aspa (X) el recuadro que corresponde al estado civil actual que tenía el fallecido. Recuerde que sólo debe marcar un recuadro.

33. **Estado conyugal / marital:**

Conviviente

Casado(a)

Divorciado(a)

Separado(a)

Soltero(a)

Viudo(a)

Ignorado



34. **Nivel de instrucción:** Marque con un aspa (X) el recuadro que corresponde al nivel de educación alcanzado por el fallecido. Recuerde que sólo debe marcar un recuadro.

34. Nivel de Instrucción:		
Ningún Nivel / Iltrado	<input type="checkbox"/>	Secundaria Completa <input type="checkbox"/>
Inicial / Pre-escolar	<input type="checkbox"/>	Superior No Universitaria Incompleta <input type="checkbox"/>
Primaria Incompleta	<input type="checkbox"/>	Superior No Universitaria Completa <input type="checkbox"/>
Primaria Completa	<input checked="" type="checkbox"/>	Superior Universitaria Incompleta <input type="checkbox"/>
Secundaria Incompleta	<input type="checkbox"/>	Superior Universitaria Completa <input type="checkbox"/>
		Ignorado <input type="checkbox"/>

35. **Ocupación:** Se refiere a la condición de ocupación que tenía la persona que falleció, es decir si trabajaba o no. Marque con un aspa (X) el recuadro que corresponde.

35. Ocupación:			
Trabajaba:	1. Si <input checked="" type="checkbox"/>	2. No <input type="checkbox"/>	3. Ignorado <input type="checkbox"/>

36. **En qué:** Escriba a qué ocupación se dedicaba el fallecido. Registre su ocupación con letra imprenta.

36. En qué:			
CARPINTERO			
Especifique			
<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			

Sección 4: Residencia Habitual del Fallecido

En la sección 4 escribirá con letra imprenta el nombre del país (si el fallecido es de nacionalidad extranjera), departamento, provincia, distrito o localidad, donde residía en forma habitual la persona que falleció. También se registrará la dirección exacta de su residencia habitual.



PERÚ

Ministerio de Salud

Oficina General de Estadística e Informática

Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú
"Año de la Unión Nacional Frente a la Crisis Externa"

57. Sitio de Ocurrencia:	1. Establecimiento de salud	<input checked="" type="checkbox"/>	→ Institución:	MINSA	<input checked="" type="checkbox"/>	ESSALUD	<input type="checkbox"/>	FF.AA. y PNP	<input type="checkbox"/>	
	Nombre del Establecimiento	CENTRO DE SALUD DE CHURÍN								
	2. Domicilio	<input type="checkbox"/>	3. Centro de trabajo	<input type="checkbox"/>	4. Vía pública	<input type="checkbox"/>	5. Otro	<input type="checkbox"/>	6. Ignorado	<input type="checkbox"/>

Sección 6: Causa de la Defunción

61. **Certificación:** Se refiere a que profesional de la salud certifica la defunción. Marque con un aspa (X) la alternativa que corresponde.

61 Certificado por:	1. Médico	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Otro profesional de salud	<input type="checkbox"/>	3. Otro	<input type="checkbox"/>
---------------------	-----------	-------------------------------------	------------------------------	--------------------------	---------	--------------------------

62. **Certifica atención:** Es la declaración del profesional de la salud respecto si atendió o no al difunto en su última enfermedad. Marque con un aspa (X) la alternativa que corresponde.

62. El que certifica declara:	1. Habiendo atendido al difunto en su última enfermedad	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Sin haberlo atendido	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	--------------------------

63. **Causa de la defunción:** Se describe en forma detallada la causa de la defunción, es decir, se anota en secuencia los diagnósticos de los procesos patológicos que condujeron a la muerte y se procede de la manera siguiente:

I. Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente, Línea a) es la "Causa Terminal" o "Causa Directa", se anota la enfermedad o estado físico-patológico final directamente relacionado con la desaparición permanente de todo signo de vida; no debiéndose anotar el modo o la manera de morir (debilidad cardiaca, paro cardiaco, asenia, etc.), si no la enfermedad, lesión o complicación causante del fallecimiento.

RECUERDE:

PARO CARDIACO NO ES UNA CAUSA BÁSICA DE MUERTE, SÓLO ES UN MODO DE MORIR



Línea b) "Causa Intermedia", si la hubiere, se anota la complicación secuencial relacionada con la causa básica, que ha ejercido influencia desfavorable en su curso, contribuyendo al desenlace fatal.

Línea c) y d) "Causa Básica", se anota la enfermedad o lesión que inicia la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte; o las circunstancias del accidente o violencia que produjeron la lesión fatal.

Debe ponerse especial atención en la determinación de la causa básica, por ser ésta la enfermedad que se selecciona para la elaboración de las estadísticas de mortalidad, las mismas que sirven para el conocimiento de los problemas de salud.

II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que lo produjo, Incluye cualquier otro proceso morbo que contribuye desfavorablemente en el curso del proceso patológico, pero que no estuvo relacionado directamente con la enfermedad que causo la muerte.

Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte

Se refiere a la duración del proceso y debe corresponde a cada una de las causas registradas, para cada una de ellas anote en líneas de la misma dirección. Registrar seguido de la palabra años si es más de un año, meses si es mayor de un mes y menor de un año, o días si es menor de un mes, según corresponda en cada caso.

63. Causa de la defunción:		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte	
I. Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente (a) CAUSAS ANTECEDENTES: (b, c y d) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.	a) <u>SEPTICEMIA</u> Debido a (o como consecuencia de)	a) <u>1 DÍA</u>	<input type="text"/>
	b) <u>NEUMONÍA</u> Debido a (o como consecuencia de)	b) <u>3 DÍAS</u>	<input type="text"/>
	c) <u>CIRROSIS HEPÁTICA</u> Debido a (o como consecuencia de)	c) <u>2 AÑOS</u>	<input type="text"/>
	d) _____ Debido a (o como consecuencia de)	d) _____	<input type="text"/>
II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que lo produjo.		_____	<input type="text"/>

64. **Muerte violenta o causa externa:** En esta pregunta se marcará si el deceso de una persona fue por muerte violenta o alguna causa externa, entre las formas consideradas se tiene muerte por suicidio, homicidio, debido a accidente de tránsito o transporte, accidente de trabajo y otro tipo de accidentes. Si la muerte no corresponde a alguna de las mencionadas marque el recuadro de "Ignorado".



PERÚ

Ministerio de Salud

Oficina General de Estadística e Informática

Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú "Año de la Unión Nacional Frente a la Crisis Externa"

64. En caso de muerte

violenta o Causa Externa 1. Suicidio 2. Homicidio 3. Accidente de tránsito o transporte 4. Accidente de trabajo 5. Otro accidente 9. Ignorado especifique si fue:

65. **Autopsia:** En esta pregunta se registrará si se realizó autopsia al fallecido. Marque el recuadro que indique Si o No, según corresponda.

65. Se realizó autopsia al fallecido 1. Si 2. No

Sección 7: Datos de la Persona que Certifica la Defunción

71. **Persona que llena los datos:** Se refiere a que profesional de la salud o persona está llenando los datos del informe estadístico de la defunción. Marque con un aspa (X) la alternativa que corresponde.

71. La persona que llena estos datos es: Médico Otro profesional de salud Otro

72. **Datos de la persona que certifica:** Respecto a la persona encargada de certificar la defunción, debe registrar sus nombres y apellidos, número de DNI, profesión, número de colegio profesional, dirección, distrito, su firma y sello respectivo.

72. Nombre y apellido: LUIS ALFREDO ROJAS ZÁRATE

73. DNI: 10254500 74. Profesión: MÉDICO 75. Nº de Colegio profesional:

0	1	5	8	9	6
---	---	---	---	---	---

76. Dirección: AV. CANGALLO MZA. H23 - LAS FLORES 77 Distrito: _____
Jr. / Calle / Av. / Psj. / Mza. / Otro

78. Firma y Sello: *la rojas*

Sección 8: Muerte de Mujeres Asociados a Gestación, Parto y Puerperio

Esta sección se llenará si la fallecida estuvo EMBARAZADA o en ESTADO DE PUERPERIO.

81. **Durante:** Se refiere en qué momento o periodo se produjo el deceso de la mujer. Marque con un aspa (X) la alternativa que corresponde, es decir, si fue durante el embarazo, durante el parto, en el puerperio u otro momento.

81. Durante: 1. Embarazo 4. Defunción materna Tardía (43 días - 364 días)
2. Parto
3. En el Puerperio (hasta 42 días) 9. Ignorado



82. **Edad gestacional:** Anote el número de semanas que tenía cuando se produjo el deceso de la mujer. Si no se conoce marque con un aspa (X) la alternativa que corresponde a "Ignorado".

82. Edad gestacional (22 semanas y más)

1. En semanas

9. Ignorado



PERÚ

Ministerio
de Salud

Oficina General
de Estadística e Informática

Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú
"Año de la Unión Nacional Frente a la Crisis Externa"

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN



PERÚ

Ministerio de Salud

Oficina General de Estadística e Informática

Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú "Año de la Unión Nacional Frente a la Crisis Externa"



CON ESTE DOCUMENTO SE DEBE SOLICITAR LA INSCRIPCIÓN EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE REGISTRO DE ESTADO CIVIL, DENTRO DE LAS 48 HORAS POSTERIORES AL FALLECIMIENTO

Nro. serie:

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

El que suscribe certifica que: atendió al difunto en su última enfermedad ó únicamente constató la defunción

Nombre y apellidos del fallecido: _____ sexo: Hombre Mujer

Edad: _____ Documento de identidad: _____ Nº _____ Fecha de fallecimiento: el día _____ del mes de _____ del año: _____ a las _____ horas, Ocurrido en: _____ J./Calle/Av./Pq./Nza./Otro

Localidad (PARA HONORARIOS): _____ Distrito: _____

Provincia de: _____ Departamento: _____

La causa básica de muerte: _____

Nombre y apellidos del que certifica la defunción: _____ Colegiatura: _____

Lugar y fecha de certificación: _____ Firma y sello: _____

Conte aquí →

INFORME ESTADÍSTICO DE LA DEFUNCIÓN

(Solo para uso estadístico)

Nro. serie:

2 Identificación del fallecido	
1	11 Departamento: _____ 12 Provincia: _____ 13 Distrito: _____ 14 Localidad: _____ Solo Para ser llenado por el Codificador MINSA
3	21 Nombres: _____ 22 Primer Apellido (Paterno): _____ 23 Segundo Apellido (Materno): _____ 24 Apellido de Casada: _____ Tipo de Documento de Identidad: 1 = DNI 2 = Libreta Militar 3 = Carné FF AAFNP 4 = Pasaporte 5 = Carné Extranjería 6 = Partida de Nacimiento 7 = Otro
4	25 Documento de Identidad: _____ 31 Sexo: 1. Hombre <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/> 3. Indeterminado <input type="checkbox"/> 32 Edad: _____ Años Meses Días Horas Ign. 33 Estado conyugal marital: Conviviente Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a) Ign.
5	34 Nivel de Instrucción: Ningún nivel / Retado, Inicial / Pre-escolar, Primaria Incompleta, Primaria Completa, Secundaria Incompleta, Secundaria Completa, Ignorado. 35 Ocupación: Trabajaba: 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. Ign. <input type="checkbox"/> 36 En que: _____ Especifique: _____
6	41 País: _____ 42 Departamento: _____ 43 Provincia: _____ 44 Distrito: _____ 45 Localidad: _____ 46 Dirección de la residencia habitual del fallecido: _____ No./Avenida/Calle/Av./Pq./Nza./Otro UG./AA./HH./PP./JJ./Casero/Otro
7	51 Departamento: _____ 52 Provincia: _____ 53 Distrito: _____ 54 Localidad: _____ 55 Dirección: _____ J. / Calle / Av. / Pq. / Nza. / Otro
8	56 Fecha: (dd/mm/aaaa) _____ Hora: (de 0 a 24 hrs) _____ 57 Sitio de ocurrencia: 1. Establecimiento de salud <input type="checkbox"/> 2. Domicilio <input type="checkbox"/> 3. Centro de trabajo <input type="checkbox"/> 4. Vía pública <input type="checkbox"/> 5. Otro <input type="checkbox"/> 9. Ignorado <input type="checkbox"/> Institución: MINSA <input type="checkbox"/> ExSALUD <input type="checkbox"/> FF.AA. y PNP <input type="checkbox"/> Nombre del Establecimiento: _____ Privado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
9	61 Certificado por: 1. Médico <input type="checkbox"/> 2. Otro profesional de salud <input type="checkbox"/> 3. Otro <input type="checkbox"/> 62 El que certifica declara: 1. Hablando atendido al difunto en su última enfermedad <input type="checkbox"/> 2. Sin haberlo atendido <input type="checkbox"/> 63 Causa de la defunción: a) Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente (X) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ b) CAUSAS ANTECEDENTES: (b, c y d) Estados morbosos, si existe alguno, que produjeron la causa conllevada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica. _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____ e) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que lo produjo. _____



PERÚ

Ministerio de Salud

Oficina General de Estadística e Informática

Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú "Año de la Unión Nacional Frente a la Crisis Externa"

DECLARACION JURADA DE REGISTRO

PARA SER ANOTADO POR EL DECLARANTE O EN SU DEFECTO POR EL REGISTRADOR CIVIL

IMPRESIÓN DIGITAL DEL DECLARANTE

Nombres y Apellidos del fallecido: _____ de sexo _____

Tipo de Doc. Ident: _____ N° _____ Domicilio: _____
 _____ de _____ de edad, fallecido el _____ de _____ de 20 _____ a las _____ horas

Nombres y Apellidos del Padre: _____

Nombres y Apellidos de la Madre: _____

Nombres y Apellidos del(a) Cónyuge: _____

Nombres y Apellidos del Declarante: _____

Domicilio del declarante: _____

Documento de identidad: _____ Firma del declarante: _____

Libro N° _____ 16 Acta N° _____ 17 Fecha (d/m/a) _____ 2 0 0

Corte aquí →

6 Causa de la defunción

64 En caso de muerte violenta o Causa Externa especifique si fue: 1. Suicidio 2. Homicidio 3. Accidente de tránsito o transporte 4. Accidente de trabajo 5. Otro accidente 9. Ignorado

65 Se realizó autopsia al fallecido: 1. Si 2. No

7 Datos de la persona que certifica la defunción

71 La persona que llena estos datos es: Médico Otro profesional de salud Otro

72 Nombre y apellido: _____

73 DNI: _____ 74 Profesión: _____ 75 N° de Colegio profesional: _____

76 Dirección: _____ 77 Distrito: _____ 78 Firma y Sello: _____
Jr. / Calle / Av. / Pq. / Mza. / Otro

8 Muerte de Mujeres asociados a Gestación, Parto y Puerperio

81 Durante: 1. Embarazo 4. Defunción materna Tardía (43 días - 364 días)
 2. Parto
 3. En el Puerperio (hasta 42 días) 9. Ignorado

82 Edad gestacional (22 semanas y más)
 1. En semanas _____
 9. Ignorado

INSTRUCCIONES GENERALES:

- El informe estadístico debe ser remitido a través del Registro civil al Establecimiento de Salud más cercano ó el Establecimiento de Salud podrá recogerlo directamente del Registro Civil más cercano.
- El Responsable de la Certificación de la defunción deberá llenar todas las variables contenidas en el presente formulario con letra clara o imprenta
- En caso de Muerte Violenta, Sospechosa o por Causa Externa, el Médico Legista ó el médico que designe la autoridad competente también deberá llenar el presente formulario.
- Si la fallecida estuvo embarazada o en estado de puerperio deberá llenarse además la sección 8.
- Está terminantemente prohibido que el Médico u Otro Profesional de Salud certifique la defunción de los familiares directos o personas que están bajo su dependencia.
- En caso de desconocerse el sexo o la edad solicitado en el presente formulario el responsable de la certificación deberá hacer todo el esfuerzo necesario para conjeturarlos o estimarlos.
- **PARO CARDIACO NO ES UNA CAUSA BÁSICA DE MUERTE, SOLO ES UN MODO DE MORIR.**