

CERTIFICADO DE DEFUNCION

1 DEPARTAMENTO O PARTIDO [][]		2 DELEGACION O REGISTRO CIVIL [][]		3 TOMO [][]	
				4 FOLIO [][]	
				5 ACTA [][]	
6 APELLIDO Y NOMBRES [][][][]					
7 FECHA DE INSCRIPCION [][][][][][] <div style="text-align: right;">DIA MES AÑO</div>					
8 LUGAR DE LA DEFUNCION		9 PROVINCIA [][]		10 DEPTO. O PARTIDO [][]	
11 LOCALIDAD [][][][]		12 CALLE Y NRO. [][][][]			
13 RESIDENCIA HABITUAL					
14 PAIS PARA QUIEN RESIDA EN EL EXTRANJERO [][][][]		15 PROVINCIA [][]		16 DEPTO. O PARTIDO [][]	
17 LOCALIDAD [][][][]		18 CALLE Y NRO. [][][][]			
19 FECHA DE LA DEFUNCION [][][][][][] <div style="text-align: right;">DIA MES AÑO</div>		20 FECHA DE NACIMIENTO [][][][][][] <div style="text-align: right;">DIA MES AÑO</div>		21 LUGAR DE NACIMIENTO [][][][][] <div style="text-align: right;">PAIS PARA QUIEN RESIDA EN EL EXTRANJERO PROVINCIA</div>	
22 SEXO MASCULINO <input type="checkbox"/> 1 FEMENINO <input type="checkbox"/> 2		23 EDAD AÑOS <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 MESES <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9		24 SITUACION CONYUGAL SOLTERO <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 CASADO <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 VIUDO <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13	
25 INSTRUCCION					
ANALFABETO <input type="checkbox"/> 1		INCOMPLETA PRIMARIA <input type="checkbox"/> 2 SECUNDARIA <input type="checkbox"/> 3 SUPERIOR O UNIVERSITARIA <input type="checkbox"/> 4		COMPLETA <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9	
26 CONDICION DE ACTIVIDAD					
TRABAJA <input type="checkbox"/> 1 DESOCUPADO QUE BUSCA TRABAJO <input type="checkbox"/> 2		AMA DE CASA <input type="checkbox"/> 3 MENOR A CARGO <input type="checkbox"/> 4		ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> 5 JUBILADO <input type="checkbox"/> 6	
				DESOCUPADO QUE NO BUSCA TRABAJO <input type="checkbox"/> 7 INCAPACITADO <input type="checkbox"/> 8	
				OTROS <input type="checkbox"/> 9 SE IGNORA <input type="checkbox"/> 0	
27 PROFESION U OCUPACION HABITUAL					
DIRECTORES Y FUNCIONARIOS PUBLICOS SUPERIORES <input type="checkbox"/> 1		TRABAJADORES AGRICOLAS Y FOREST., PESCAD. Y CAZAD. <input type="checkbox"/> 2		TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS <input type="checkbox"/> 3	
PROFESIONALES, TECNICOS Y TRABAJADORES ASIMILADOS <input type="checkbox"/> 4		OBREROS NO AGRICOLAS, CONDUCTORES DE MAQUINAS Y VEHICULOS DE TRANSPORTE <input type="checkbox"/> 5		NO BIEN ESPECIFICADA <input type="checkbox"/> 6	
EMPLEADOS ADMINISTRATIVOS <input type="checkbox"/> 7		SE IGNORA <input type="checkbox"/> 8			
COMERCIANTES Y VENDEDORES <input type="checkbox"/> 9					
28 CATEGORIA OCUPACIONAL		29 RAMA		30 TRANSPORTE <input type="checkbox"/> 1	
PATRON <input type="checkbox"/> 1 ASALARIADO <input type="checkbox"/> 2		CUENTA PROPIA <input type="checkbox"/> 3 TRABAJADOR F.M. NO REMUNERADO <input type="checkbox"/> 4 SE IGNORA <input type="checkbox"/> 5		AGROPEC. <input type="checkbox"/> 6 MINERIA <input type="checkbox"/> 7	
				INDUSTRIA <input type="checkbox"/> 8 CONSTRUCC. <input type="checkbox"/> 9	
				ELECT. GAS AGUA <input type="checkbox"/> 10 COMERCIO <input type="checkbox"/> 11	
				NO BIEN ESPEC. <input type="checkbox"/> 12 SE IGNORA <input type="checkbox"/> 13	

PARA FALLECIDOS MENORES DE UN AÑO

(19) FILIACION MATRIMONIAL 1 <input type="checkbox"/> EXTRAMATRIM. 2 <input type="checkbox"/> SE IGNORA 9 <input type="checkbox"/>	(20) PESO AL NACER <input type="text"/> GRs.	(21) PESO AL MORIR <input type="text"/> GRs.	(22) EL NIÑO NACIO DE UN PARTO: SIMPLE 1 <input type="checkbox"/> DOBLE 2 <input type="checkbox"/> DEL CUAL NACIERON <input type="text"/> NIÑOS VIVOS MULTIPLE 3 <input type="checkbox"/>
(23) EDAD DE LA MADRE <input type="text"/> AÑOS	(24) CONTANDO HASTA ESTE LA MADRE HA TENIDO <input type="text"/> EMBARAZOS, DE LOS CUALES NACIERON VIVOS <input type="text"/> NIÑOS, Y NACIERON MUERTOS O ABORTARON <input type="text"/>		
(25) SITUACION CONYUGAL DE LA MADRE SOLTERA 1 <input type="checkbox"/> DIVORCIADA 4 <input type="checkbox"/> CASADA 2 <input type="checkbox"/> SEPARADA 5 <input type="checkbox"/> SE IGNORA 9 <input type="checkbox"/> VIUDA 3 <input type="checkbox"/> UNION DE HECHO 6 <input type="checkbox"/>		(26) INSTRUCCION DE LA MADRE ANALFABETA 1 <input type="checkbox"/> PRIMARIA 2 <input type="checkbox"/> SECUNDARIA 4 <input type="checkbox"/> SUPERIOR O UNIVERSITARIA 6 <input type="checkbox"/>	
(27) DATOS CORRESPONDIENTES A: PADRE 1 <input type="checkbox"/> MADRE 2 <input type="checkbox"/> PERS. A CARGO DEL MENOR 3 <input type="checkbox"/>		(28) CONDICION DE ACTIVIDAD TRABAJA 1 <input type="checkbox"/> MEJOR A CARGO 4 <input type="checkbox"/> DESOCUPADO QUE NO BUSCA TRABAJO 7 <input type="checkbox"/> DESOCUPADO QUE BUSCA TRABAJO 2 <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE 5 <input type="checkbox"/> INCAPACITADO 8 <input type="checkbox"/> SE IGNORA 9 <input type="checkbox"/> AMA DE CASA 3 <input type="checkbox"/> JUBILADO 6 <input type="checkbox"/> OTROS 9 <input type="checkbox"/>	
(29) PROFESION U OCUPACION HABITUAL <input type="text"/>			
DIRECTORES Y FUNCIONARIOS PUBLICOS SUPERIORES 1 <input type="checkbox"/>		TRABAJADORES DE LOS SERVICIOS 5 <input type="checkbox"/> TRABAJADORES AGRICOLAS Y FOREST., PESCAD. Y CAZAD. 6 <input type="checkbox"/>	

CERTIFICACION DE CAUSA DE MUERTE ARGENTINA

32 ¿TUVO ATENCION MEDICA DURANTE SU ULTIMA ENFERMEDAD? SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> SE IGNORA 9 <input type="checkbox"/>	33 ¿LO ATENDIO EL MEDICO QUE SUSCRIBE? SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>	34 ¿ESTUVO INTERNADO EN ALGUN ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL DURANTE SU ULTIMA ENFERMEDAD? SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> SE IGNORA 9 <input type="checkbox"/>	35 ¿SE PRACTICO AUTOPSIA? SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>						
36 CAUSA DE LA DEFUNCION (ANOTAR SOLO UNA CAUSA EN CADA LINEA) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> PARTE I CAUSAS ANTECEDENTES { <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 15%;">a) -----</div> <div style="width: 85%;">(DEBIDO A... O COMO CONSECUENCIA DE...)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 15%;">b) -----</div> <div style="width: 85%;">(DEBIDO A... O COMO CONSECUENCIA DE...)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 15%;">c) -----</div> <div style="width: 85%;"></div> </div> </div> <div style="margin-top: 20px;"> PARTE II ESTADOS PATOLOGICOS CONCOMITANTES { <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 15%;"></div> <div style="width: 85%;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 15%;"></div> <div style="width: 85%;"></div> </div> </div>			37 INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 10px auto;"></div>						
38 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA	ACCIDENTE 1 <input type="checkbox"/> SUICIDIO 2 <input type="checkbox"/> HOMICIDIO 3 <input type="checkbox"/>	a) LUGAR DONDE OCURRIO EL HECHO ----- ----- b) CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRODUJO ----- -----							
39 DATOS DEL INFORMANTE	MEDICO 1 <input type="checkbox"/> OTRO 2 <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">NOMBRE Y APELLIDO -----</td> <td style="width: 50%;">NRO. MATR. -----</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DOMICILIO -----</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">CALLE Y NRO.</td> <td style="text-align: center;">LOCALIDAD</td> </tr> </table>		NOMBRE Y APELLIDO -----	NRO. MATR. -----	DOMICILIO -----		CALLE Y NRO.	LOCALIDAD
NOMBRE Y APELLIDO -----	NRO. MATR. -----								
DOMICILIO -----									
CALLE Y NRO.	LOCALIDAD								
		FIRMA							

_____ te vullen en te bewaren door de medicus ten behoeve van
evt. nadere inlichtingen

Naam van de overledene: _____

Leeftijd: _____ Geslacht: _____

Datum overlijden: _____

Adres van overlijden: _____

Doodsoorzaak:

Natuurlijke dood

1. A. _____

B. _____

C. _____

2. _____

Niet natuurlijke dood

1. _____

2. _____

3. _____

DOODSOORZAAKVERKLARING
(P.B. 1919, No. 22)

C Nº 1947

Bestemd voor de directeur van de Volksgezondheid en Milieuhygiëne

Natuurlijke dood

1. A. Ziekte, welke rechtstreeks de dood ten
gevolge had _____
veroorzaakt door/gevolg van:

B. _____
veroorzaakt door/gevolg van:

C. _____

2. Bijkomstige, bij overlijden nog bestaande
ziekten en afwijkingen, welke tot de dood
bijdroegen doch niet met de onder 1 ge-
noemde ziekten in causaal verband staan

Duur tussen begin
ziekte en overlijden

Niet natuurlijke dood

1. Oorzaak: zelfmoord/doodslag/ongeval*

2. Wijze waarop het ongeval plaats vond _____

3. Aard van het letsel _____

VERKLARING VAN OVERLIJDEN
(P.B. 1919, No. 22)

A Nº 1947

Bestemd voor de Burgerlijke Stand

Naam: _____

Voornamen: _____

Geslacht: mannelijk/vrouwelijk* Geboortedatum: _____

Datum van overlijden: _____ om _____

Plaats van overlijden: _____

Woonadres: _____

Gewelddadige dood: ja/nee/twijfelachtig*

Besmettelijke ziekte: ja/nee/twijfelachtig*

De geneesheer,

Na persoonlijke schouwing

Naam geneesheer in blokletters (evt. stempel)

COMMONWEALTH OF THE BAHAMAS - MEDICAL CERTIFICATE OF DEATH/STILL BIRTH

Deceased Name: Surname First Middle			Sex:	Date and hour of death: Day Month Year Hour				Date of Birth: Day Month Year			Age at last Birth day:	Under 1 year: Months days		Under 1 day: Hours Mins.			
1			2	3(a)				3(b)			4	5(a)		5(b)		5(c)	
CAUSE OF DEATH: Part I Disease or condition directly leading to death (a) _____ due to or as a consequence of _____ Antecedent causes: _____ Morbid conditions, if any, giving rise to the above (b) _____ due to or as a consequence of _____ cause, stating the underlying condition last: (c) _____												Approximate interval between onset and death					
6 (i)																	
Part II Other significant conditions contributing to the death _____ but not related to the disease or condition causing it: _____																	
6 (ii)																	
Accident or injury (Brief description)										Autopsy: (yes or no)		Case referred to Coroner (yes or no)					
7										8		9					
Certifier's Signature: To the best of my knowledge and belief, death occurred at the time and date and due to the cause(s) stated. Signature: _____										Name, qualification and address of certifier: _____				Name and address of attending physician if other than certifier: _____			
10(a) Date _____										10(b) _____				10(c) _____			
Confirmation of cause of death in case of cremation: I have examined the dead body and hereby confirm the cause of death as certified above. Signature: _____ Date: _____										Name and address of medical practitioner confirming cause: _____							
11(a)										11(b)							
Place of death: (Specify hospital or address of other place)				If hospital, indicate: inpatient/ op/Emergency Room/T/OA				Usual Residence, address and island		Citizen: (Name of country)		Occupation					
12(a)				12(b)				13		14		15					
Married, never married		Spouse Name: (if wife, give maiden name)		Survived by Spouse: (yes or no)		Father's name: Surname First Middle		Mother's Maiden Name Surname First Middle									
16		17		18		19		20									
Informant's Signature: I certify that the above particulars are true to the best of my knowledge and belief. Signature: _____ Date: _____						Informant's relation to deceased or other description:		Name and address of Informant:									
21 (a)						21 (b)		21 (c)									
Disposition: (Person to whom body is released) Signature: _____ Date: _____ Name and Address: _____				Type of disposition: (Specify burial, cremation, removal, etc.)		Date of disposition: Date Month Year		Name and location of cemetery, crematory or other place of disposition:									
22(a)				22(b)		22(c)		22(d)									



Vital Statistics Registration Act, Cap. 192A

(Section 22(2))

MEDICAL CERTIFICATE OF DEATH

Name of Deceased:

Address:

Sex: Age: Occupation

Place of Death (i.e. parish):

Name of informant:

Address of informant:

Date of Death:

Date of Postmortem:

I HEREBY CERTIFY that I performed a Postmortem Examination on the body of the
abovementioned deceased on the day of 19....
at the and the cause
of death is stated hereunder:

CAUSE OF DEATH:

(a)

(b)

(c)

Dated this day of 19

Name of Pathologist/Medical Practitioner:

Signature and Qualifications:

Address:

Signature of Registrar:

BELIZE MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSES OF DEATH

Please press firmly – you are making three copies

1.0 PARTICULARS OF DECEASED

1.1 LAST NAME (SURNAME)	1.6 Age
1.2 FIRST NAME	1.7 DATE OF BIRTH <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DAY</div> <div>MONTH</div> <div>YEAR</div> </div>
1.3 OTHER NAMES	1.8 SEX MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/>
1.4 RACE/ETHNICITY CREOLE <input type="checkbox"/> GARIFUNA <input type="checkbox"/> MAYA <input type="checkbox"/> MESTIZO <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/>	1.9 MARITAL STATUS M <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> SEP <input type="checkbox"/> C. LAW <input type="checkbox"/>
1.5 USUAL RESIDENCE (Number, street, village, district)	1.10 OCCUPATION

2.0 Particulars of death (Please print CLEARLY)

2.1 DATE OF DEATH	DAY MONTH YEAR	2.2 APPROXIMATE TIME OF DEATH AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>
2.3 DISEASE, INJURY OR COMPLICATION LEADING DIRECTLY TO DEATH *	I (a) <u>due to (or as a consequence of)</u>	
2.5 ANTECEDENT CAUSES GIVING RISE TO DEATH	(b) <u>due to (or as a consequence of)</u> (c) <u>due to (or as a consequence of)</u> (d)	
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS CONTRIBUTING TO DEATH	II 2.4 APPROX. TIME BETWEEN ONSET AND DEATH (a) – (d)	
2.7 EXTERNAL CAUSES (HOW INJURY OCCURRED)	2.8 DATE OF INJURY	DAY MONTH YEAR
2.9 PLACE OF INJURY HOME <input type="checkbox"/> STREET <input type="checkbox"/> FARM <input type="checkbox"/> WORKPLACE <input type="checkbox"/> OTHER <input type="checkbox"/>	2.10 PLACE OF DEATH HOSPITAL NAME OF HOSPITAL OR INSTITUTION LOCATION DISTRICT OTHER NUMBER, STREET LOCATION DISTRICT	
* THIS DOES NOT MEAN THE MODE OF DYING, E.G., HEART FAILURE, ASTHENIA, ETC. IT MEANS THE DISEASE, INJURY OR COMPLICATION WHICH CAUSED THE DEATH.		2.11 POST MORTEM PERFORMED YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

3.0 PARTICULARS OF PRACTITIONER CERTIFYING DEATH

3.1 NAME (BLOCK LETTERS)	3.4 DATE THIS CERTIFICATE WAS PREPARED DAY MONTH YEAR
3.2 QUALIFICATIONS	3.5 SIGNATURE
3.3 ADDRESS	CERTIFY THAT THE PARTICULARS AND CAUSES OF DEATH SHOWN ABOVE ARE TRUE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE AND BELIEF, AND THAT NO RELEVANT INFORMATION HAS BEEN OMITTED.

The person receiving this certificate should register the death (or cause it to be registered) in the General Registry four days from the date of death. A penalty is imposed for failing to give information of a death.)

0201

THE REGISTRATION (BIRTH AND DEATHS) ACT, 1949

NOTICE OF DEATH

1. Place of Death: Parish
 Name of Hospital (if any)
 House, or road

1a. Date of Death

2. Name of deceased: Surname (Block)
 Given name (Letters)

3. Residence of deceased

4. Date of Birth 5. Sex 6. Single, married,
 Place of Birth widowed or divorced

7. Nationality 8. Racial origin 9. Names of husband or wife of deceased

10. Trade, profession or occupation of deceased 11. Date deceased last worked

12. Names of parents of deceased

Father

Mother (Maiden name)

13. Place of burial (or intended burial)

14. Cause of death	Immediate (give disease, injury or complications, not the mode of dying) Due to	Duration years months
Morbidity Conditions, if any giving rise to immediate cause Due to years months
 years months
 years months
Other Morbidity Conditions, if any, contributing to death years months

(over)

15. If a woman, was death associated with pregnancy?

16. Was there a surgical operation?

If so, date of operation

Was there an autopsy? If so, state findings

17. If death was due to external causes (Violence) fill in the following:

Accident, suicide or homicide (a)

Date of injury

Manner of injury

Nature of injury

Where caused

(Signature of Medical Practitioner or Coroner)

(Address)

Dated day of 19

(a) To be filled in by coroner only



Cartório	1 Cartório	Código	2 Registro	3 Data
	4 Município	5 UF	6 Cemitério	
Identificação	7 Tipo de Óbito <input type="checkbox"/> 1 Total <input type="checkbox"/> 2 Não Total	8 Óbito Data	9 RHC	10 Naturalidade
	11 Nome do falecido			
	12 Nome do pai		13 Nome da mãe	
	14 Data de nascimento	15 Idade Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado	16 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> Ignorado	17 Raça/cor <input type="checkbox"/> 1 - Branca <input type="checkbox"/> 2 - Preta <input type="checkbox"/> 3 - Amarela <input type="checkbox"/> 4 - Parda <input type="checkbox"/> 5 - Indígena
Residência	18 Estado civil <input type="checkbox"/> 1 Solteiro <input type="checkbox"/> 2 Casado <input type="checkbox"/> 3 Viúva <input type="checkbox"/> 4 Separado judicialmente <input type="checkbox"/> 5 União consensual <input type="checkbox"/> 6 Ignorado	19 Escolaridade (Em anos de estudos concluídos) <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado	20 Ocupação habitual e ramo de atividade (Se aposentado, informar a ocupação habitual anterior)	Código
	21 Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)	Código	Número	22 CEP
	23 Bairro/Distrito	Código	24 Município de residência	Código
	25 UF			
Ocorrência	26 Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> 1 - Hospital <input type="checkbox"/> 2 - Outros estabelecimento <input type="checkbox"/> 3 - Domicílio <input type="checkbox"/> 4 - Via pública <input type="checkbox"/> 5 - Outros <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado	27 Estabelecimento	Código	
	28 Endereço da ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.)	Número	29 CEP	
	30 Bairro/Distrito	Código	31 Município de ocorrência	Código
	32 UF			
Fetal ou menor que 1 ano	INFORMAÇÕES EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO			
	33 Idade Anos	34 Escolaridade (Em anos de estudo concluídos) <input type="checkbox"/> 1 - Nenhuma <input type="checkbox"/> 2 - De 1 a 3 <input type="checkbox"/> 3 - De 4 a 7 <input type="checkbox"/> 4 - De 8 a 11 <input type="checkbox"/> 5 - 12 e mais <input type="checkbox"/> 6 - Ignorado	35 Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe	Código
	36 Número de filhos vivos Nascidos vivos	37 Número de filhos mortos Nascidos mortos		
	38 Duração da gestação (Em semanas) <input type="checkbox"/> 1 - Menos de 22 <input type="checkbox"/> 2 - De 22 a 27 <input type="checkbox"/> 3 - De 28 a 31 <input type="checkbox"/> 4 - De 32 a 36 <input type="checkbox"/> 5 - De 37 a 41 <input type="checkbox"/> 6 - 42 e mais <input type="checkbox"/> 7 - Ignorado	39 Tipo de Gravidez <input type="checkbox"/> 1 - Única <input type="checkbox"/> 2 - Dupla <input type="checkbox"/> 3 - Tripla e mais <input type="checkbox"/> 4 - Ignorado	40 Tipo de parto <input type="checkbox"/> 1 - Vaginal <input type="checkbox"/> 2 - Césario <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	41 Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> 1 - Antes <input type="checkbox"/> 2 - Durante <input type="checkbox"/> 3 - Depois <input type="checkbox"/> 4 - Ignorado
ÓBITOS EM MULHERES				
Condições e causas do óbito	42 A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	43 A morte ocorreu durante o puerpério? <input type="checkbox"/> 1 - Sim até 42 dias <input type="checkbox"/> 2 - Sim de 43 dias a 1 ano <input type="checkbox"/> 3 - Não <input type="checkbox"/> 4 - Ignorado	ASSISTÊNCIA MÉDICA	
	44 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado			
	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR			
	45 Exame complementar? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado		46 Cirurgia? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Ignorado	
Médico	CAUSAS DA MORTE			
	PARTE I			
	Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte			
	CAUSAS ANTERIORES			
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não estavam, porém, na cadeia causal				
PARTE II				
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não estavam, porém, na cadeia causal				
50 Nome do médico		51 CRM	52 O médico que assina atendeu ao falecido? <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Substituto <input type="checkbox"/> 3 - IM <input type="checkbox"/> 4 - SVO <input type="checkbox"/> 5 - Outros	
53 Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)		54 Data do atestado	55 Assinatura	

**CAYMAN ISLANDS
CERTIFICATE/NOTICE OF DEATH**

District _____

Death No. _____

Year/S. No. _____

DECEASED NAME			SEX	DATE AND HOUR OF DEATH		Age Last Birthday	Under 1 Year		Under 1 Day	
Surname	Middle	First	M [] F []	Day	Month Year	Hour	Month	Days	Hours	Mins.
1			2	3a	3b	4a	4b		4c	

CAUSE OF DEATH

Part I		Approximate interval between onset and death
Disease or condition directly leading to death (a) _____		
Antecedent Causes: due to, or as a consequence of		
Morbidity conditions, if any - giving rise to the above (b) _____		
Cause, stating the underlying condition last (c) _____		
5a		
Part II		
Other significant conditions contributing to the death but not related to the disease or condition causing it (d) _____		
5b		

CERTIFIER - IDENTIFICATION Title/Qualification	CERTIFIER'S NAME AND ADDRESS		NAME AND ADDRESS OF ATTENDING PHYSICIAN IF OTHER THAN CERTIFIER
	Surname	Middle First	
6a	6b		6c

CERTIFICATION

To the best of my knowledge and belief, death occurred at the time and date and due to the cause(s) stated.

6d		Signature of Certifier _____	Date _____
AUTOPSY	CASE REFERRED TO CORONER	ACCIDENT OR INJURY (Brief description)	
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> No			
7	8	9	

DATE OF BIRTH	PLACE OF DEATH	If Hospital, indicate inpatient, casualty Dept. Outpatient, DOA	USUAL RESIDENCE (ADDRESS)
Day Month Year	(Specify Hospital or name or address of other place)		
10	11a	11b	12

BIRTH PLACE	CITIZEN OF	OCCUPATION	MARITAL STATUS	SPOUSE - NAME (If wife, give maiden name)
			Married [] Never Married [] Widowed [] Divorced []	Surname Middle First
13	14	15	16	17

SURVIVED BY SPOUSE	FATHER'S NAME	MOTHER'S MAIDEN NAME	INFORMANT - IDENTIFICATION
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Surname Middle First	Surname Middle First	Relation to deceased or other qualification or title
18	19	20	21a

INFORMANT - NAME	INFORMANT'S ADDRESS	INFORMANT'S SIGNATURE
Surname Middle First		I certify that the personal information provided on this form is correct to the best of my knowledge and belief
1b	21c	Signature: _____ Date: _____

INFORMANT'S DECLARATION

I hereby declare that to the best of my knowledge and belief no registered medical practitioner attended the deceased during his/her last illness or had examined the body/the certificate of the registered medical practitioner who attended the deceased or examined the body cannot be obtained the reason(s) being _____ and that the death occurred as indicated on this Certificate/Notice.

CONFIDENCIAL

Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales y en ningún caso tienen fines fiscales ni pueden utilizarse como prueba judicial. Decreto 1633, Artículo 75

(consulte instrucciones al respaldo)

Nº A

I. INFORMACION GENERAL

1. TIPO DE DEFUNCION

Muerte fetal: 1 ☐ Sí 2 ☐ No

2. FECHA DE DEFUNCION

Año Mes Día

3. HORA DE DEFUNCION

Hora Minutos AM PM

4. SEXO

1 ☐ Masculino 2 ☐ Femenino 3 ☐ Ignorado

5. LUGAR DE DEFUNCION

Departamento

Municipio

Inspección, corregimiento o caserío

6. AREA DE DEFUNCION

- 1 ☐ Cabecera municipal
2 ☐ Centro poblado (inspección, corregimiento o caserío)
3 ☐ Rural disperso

7. SITIO DE DEFUNCION

- 1 ☐ Hospital/clínica 2 ☐ Centro/puesto de salud
3 ☐ Casa/domicilio 4 ☐ Lugar de trabajo
5 ☐ Vía pública 6 ☐ Otro, ¿cuál? _____
9 ☐ Sin información

Dirección o nombre

Si la muerte es fetal pase a la pregunta 14

8. APELLIDO (S) Y NOMBRE (S) DEL FALLECIDO

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre (s)

9. DOCUMENTO DE IDENTIFICACION

- 1 ☐ T.I. 2 ☐ C.C. 3 ☐ C.E.
4 ☐ Pasaporte 5 ☐ N.I.P. 9 ☐ Sin información
No. _____

10. REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL

- 1 ☐ Contributivo 2 ☐ Subsidado
3 ☐ Vinculado 4 ☐ Ignorado

11. EDAD

- 1 Menor de un día (horas) (00-23) 2 Menor de un mes (días) (01-29)
3 Menor de 2 años (meses) (01-23) 4 De 2 o más años (años cumplidos)

12. NIVEL EDUCATIVO

- 1 ☐ Preescolar 2 ☐ Primaria completa 3 ☐ Primaria incompleta
4 ☐ Secundaria completa 5 ☐ Secundaria incompleta
6 ☐ Universitaria completa 7 ☐ Universitaria incompleta
8 ☐ Ninguno 9 ☐ Sin información

13. EL FALLECIDO ERA

- 1 ☐ Soltero 2 ☐ Casado
3 ☐ Viudo 4 ☐ En unión libre
5 ☐ Separado o divorciado 9 ☐ Sin información

14. EL LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL

(para la muerte fetal o de menor de 2 años, la de la madre)

País

Departamento

Municipio

15. AREA DE RESIDENCIA (para la muerte fetal o de menor de 2 años, la de la madre)

- 1 ☐ Cabecera municipal Barrio _____
Dirección _____ Sector _____
2 ☐ Centro poblado (inspección, corregimiento o caserío) Nombre _____ Código _____
3 ☐ Rural disperso Vereda _____ Sector _____

16. PROBABLE MANERA DE MUERTE

- 1 ☐ Natural 2 ☐ Violenta 3 ☐ En estudio (sólo Medicina Legal)

17. CERTIFICADO EXPEDIDO POR

- 1 ☐ Médico tratante 2 ☐ Médico no tratante 3 ☐ Médico legista 4 ☐ Personal de salud autorizado

NOMBRE DE QUIEN EXPIDE EL CERTIFICADO (en letra imprenta)

Nombre (s) y apellidos (s) completos

Dirección y teléfono

Firma y No. de tarjeta profesional o registro

II. DEFUNCIONES FETALES O DE MENORES DE UN AÑO

18. LA MUERTE OCURRIÓ CON RELACION AL PARTO 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Después 4 <input type="checkbox"/> Ignorado	19. PARTO 1 <input type="checkbox"/> Espontáneo 2 <input type="checkbox"/> Cesárea 3 <input type="checkbox"/> Instrumentado 4 <input type="checkbox"/> Ignorado	20. EMBARAZO 1 <input type="checkbox"/> Simple 2 <input type="checkbox"/> Múltiple	21. TIEMPO DE GESTACIÓN (semanas) 1 <input type="checkbox"/> Menos de 20 2 <input type="checkbox"/> De 20 a 27 3 <input type="checkbox"/> De 28 y más 4 <input type="checkbox"/> Ignorado	22. PESO AL NACER <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Gramos
DATOS DE LA MADRE 23. APELLIDO (S) Y NOMBRE (S) _____				24. EDAD (años cumplidos) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
25. NUMERO DE HIJOS (incluyendo al presente) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Nacidos vivos </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Nacidos muertos </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Total </div> </div>	26. LA MADRE ES 1 <input type="checkbox"/> Soltera 2 <input type="checkbox"/> Casada 3 <input type="checkbox"/> Viuda 4 <input type="checkbox"/> En unión libre 5 <input type="checkbox"/> Separada o divorciada 9 <input type="checkbox"/> Sin información	27. NIVEL EDUCATIVO 2 <input type="checkbox"/> Primaria completa 3 <input type="checkbox"/> Primaria incompleta 4 <input type="checkbox"/> Secundaria completa 5 <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta 6 <input type="checkbox"/> Universitaria completa 7 <input type="checkbox"/> Universitaria incompleta 8 <input type="checkbox"/> Ninguno 9 <input type="checkbox"/> Sin información		

III. DEFUNCION DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL (10-54 AÑOS)

28. ¿ESTABA EMBARAZADA CUANDO FALLECIÓ? 1 <input type="checkbox"/> Sí (pase a 31) 2 <input type="checkbox"/> No 9 <input type="checkbox"/> Sin información	29. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS? 1 <input type="checkbox"/> Sí (pase a 31) 2 <input type="checkbox"/> No 9 <input type="checkbox"/> Sin información	30. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No 9 <input type="checkbox"/> Sin información
--	---	--

IV. MUERTES VIOLENTAS

31. PROBABLE MANERA DE MUERTE 1 <input type="checkbox"/> Suicidio 2 <input type="checkbox"/> Homicidio 3 <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito 4 <input type="checkbox"/> Otro accidente 5 <input type="checkbox"/> En estudio (sólo Medicina Legal)	32. ¿CON OCURRIÓ EL HECHO? Si herido (clase de arma); anegado (lugar); atropellado (clase de vehículo); otros (veneno, etc). _____ 33. LUGAR O DIRECCIÓN DE OCURRENCIA DEL HECHO _____
---	---

V. CAUSAS DE DEFUNCION PARA TODOS LOS CASOS

34. COMO DETERMINO LA CAUSA DE MUERTE 1 <input type="checkbox"/> Necropsia 2 <input type="checkbox"/> Historia clínica 3 <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio 4 <input type="checkbox"/> Interrogatorio a familiares o testigos	35. ¿RECIBÍ ASISTENCIA MÉDICA DURANTE EL PROCESO QUE LO LLEVO A LA MUERTE? 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Ignorado
36. CAUSAS (en caso de muerte fetal, o de menores de 7 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en c y d) (CONSIGNE UNA CAUSA POR LINEA) I. CAUSA DIRECTA Mecanismo o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente. a) Debido a: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block;"></div> b) Debido a: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block;"></div> c) Debido a: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block;"></div> d) Debido a: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block;"></div> CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada en a), mencionándose en, el último lugar, la causa básica o fundamental	
II. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS IMPORTANTES Que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	

Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte

Causa básica

37. MUERTE SIN CERTIFICACION MEDICA Causa probable de muerte _____ NOMBRE DE QUIEN EXPIDE EL CERTIFICADO (en letra imprenta) _____ Nombre (s) y apellidos (s) completos Dirección y teléfono _____ Firma y No. de tarjeta profesional o registro _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
--	---

PARA EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA

ORIGINAL PARA SER ENVIADO
AL REGISTRO CIVIL

REPUBLICA DE COSTA RICA

CERTIFICADO DE DECLARACION DE DEFUNCION

Nº 141060

CASILLA
PARA USO DEL
REGISTRO
CIVIL

1) NOMBRE Y APELLIDOS DEL difunto

Nombre

1er. apellido

2do. apellido

OCIDO COMO:

Nombre

1er. apellido

2do. apellido

2)

a) NACIONALIDAD

b) Nº DE CEDULA

c) Nº ARCHIVO CLINICO

3)

SEXO:

HOMBRE ☐MUJER ☐

4)

ULTIMO ESTADO CIVIL: MENOR ☐ SOLTERO ☐ CASADO ☐VIUDO ☐ DIVORCIADO ☐ UNION LIBRE ☐

5)

EDAD CUMPLIDA:

AÑOS

SI ES MENOR DE 1 AÑO

MESES

SI ES MENOR DE 1 MES

DIAS

SI ES MENOR DE 1 DIA

HORAS

SI ES MENOR DE 1 HORA

MINUTOS

6)

RESIDENCIA HABITUAL

Provincia

Cantón

Distrito

Nombre y apellidos del último conyuge

Barrio o caserio

7a)

CAUSAS DE DEFUNCION

Intervalo aproxima-
do entre la inicia-
ción y la muerte

I PARTE

CAUSA DIRECTA O INMEDIATA
Darse sólo una causa en cada uno de los
límites a), b) y c)Causa antecedente
Causa antecedente en b) y c), o como
causa antecedente a la causa directa, que
determine la causa específica en el presente
certificado en otros legítimos casos de
fallecimiento.

II PARTE

Darse solamente patología significativa
que contribuya a la muerte, pero no en
concordancia con la enfermedad o causas
previas que la produzcan.

a)

Debida a, o como consecuencia de (b):

b)

Debida a, o como consecuencia de (c):

c)

7b) SI LA MUERTE SE DEBIO A FACTORES EXTERNOS SE DEBE ESTABLECER SI FUE:

SUICIDIO ☐HOMICIDIO ☐ACCIDENTE ☐

Describir los medios usados y en caso de accidente, el tipo, circunstancias y lugar

7d) FECHA DE OPERACION:

HALLAZGOS

Día Mes Año

7d) ASISTENCIA MEDICA EN ESA(S) ENFERMEDAD(ES):

Día Mes Año

HASTA

SI ☐ NO ☐

DESDE

Día Mes Año

Nombre del médico que certifica

Firma del médico

8) MURO EN:

SU HOGAR ☐

9) LUGAR DE LA DEFUNCION:

Provincia

Cantón

Distrito

Nombre del hospital o institución

Otro lugar (especificar)

Barrio o caserio

10) FECHA DE MUERTE:

Hora

Día

Mes

Año

11) OCUPACION:

Especificar si es: peón agrícola, carpintero, etc.

12) SEPULTADO EN:

Provincia

Cantón

Distrito

Nombre del Cementerio

13) DATOS DEL PADRE:

Nombre

14) DATOS DE LA MADRE:

Nombre

1er. apellido

2do. apellido

1er. apellido

2do. apellido

Nacionalidad

Nacionalidad

15 b)

FECHA DE NACIMIENTO

PARA TODAS LAS EDADES:

Día

Mes

Año

a) NACIO MUERTO

SI ☐NO ☐

c) Nº DE MESES DE EMBARAZO

16) DATOS DEL DECLARANTE:

Nombre y apellidos

Nº DE CEDULA

Parentesco con el difunto

Dirección del declarante especificando por calles

Avenida, Nº de casa, iglesias, palmeras, etc.

Firma del declarante

17) SI NO SABE FIRMAR LO HARA OTRA

FIRMA

PERSONA A RUGO PORTADORA DE CEDULA Nº

A RUGO

18) ANTE

Nombre y apellidos del registrador

Puesto que desempeña

Provincia

Cantón

Distrito

Barrio o caserio

19) FECHA DE ESTA

Día

Mes

Año

Firma del Registrador

OBSERVACIONES:

SELLO

INSCRITO EL MATRIMONIO EN

INSCRITO EL NACIMIENTO EN

EMPLAZADO QUE DIRECTO LA CANCELACION

Ajuste

Folio

Tomo

Provincia

CERTIFICADO QUIDA INSCRITO

EADO QUE LA INSCRIPCION

SCADO POR

CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION
(PARA FALLECIDOS DE 28 DIAS Y MAS)

CUBA
177222

1. 1er. APELLIDO:		2do. APELLIDO:		NOMBRE (S):	
2. No. DE IDENTIDAD O FECHA DE NAC.:		3. EDAD: a) Si es - 1 año: <input type="checkbox"/> 4 DIAS <input type="checkbox"/> 5 MESES		b) Si es de 1 año o más: <input type="checkbox"/> 6 AÑOS <input type="checkbox"/> 7 100 AÑOS Y MAS	
4. SEXO:		<input type="checkbox"/> 1 MASCULINO <input type="checkbox"/> 2 FEMENINO			
5. COLOR DE LA PIEL: <input type="checkbox"/> 1 BLANCA <input type="checkbox"/> 2 NEGRA <input type="checkbox"/> 3 MESTIZA		6. VIDA CONYUGAL: <input type="checkbox"/> 1 SIN PAREJA ESTABLE <input type="checkbox"/> 2 CON PAREJA ESTABLE <input type="checkbox"/> 3 IGNORADO		7. OCUPACION CODIGO:	
8. SI ES EXTRANJERO LA RESIDENCIA ES: <input type="checkbox"/> 1 PERMANENTE <input type="checkbox"/> 2 TEMPORAL <input type="checkbox"/> 3 IGNORADO		9. RESIDENCIA HABITUAL (Calle, carretera, finca, etc.):			No. Km.:
EDIFICIO:		APT.:		ENTRECALLES, BLOQUE, ZONA, REPARTO:	
MUNICIPIO:		PROVINCIA:		AREA DE SALUD:	
CODIGO:		LOCALIDAD:			
10. HORA Y FECHA DE DEFUNCION: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> AÑOS DIA MES AÑO		11. SITIO DE LA DEFUNCION: <input type="checkbox"/> 1 CUERPO DE GUARDIA HOSPITAL <input type="checkbox"/> 2 INGRESADO HOSPITAL <input type="checkbox"/> 3 OTRO CENTRO MEDICO <input type="checkbox"/> 4 DOMICILIO <input type="checkbox"/> 5 OTRO LUGAR <input type="checkbox"/> 6 EXTRANJERO <input type="checkbox"/> 7 IGNORADO			
LOCALIDAD:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:	
CODIGO:		12. SOLO PARA MENORES DE 5 AÑOS:			
a) EDAD MATERNA: <input type="checkbox"/> 4 AÑOS		b) ESCOLARIDAD MATERNA: <input type="checkbox"/> 1 NINGUNA <input type="checkbox"/> 2 PRIMARIA INCOMPLETA <input type="checkbox"/> 3 PRIMARIA TERMINADA <input type="checkbox"/> 4 SECUNDARIA TERMINADA <input type="checkbox"/> 5 PRE-UNIV. O TEC. TERMINADO <input type="checkbox"/> 6 UNIVERSITARIA TERMINADA <input type="checkbox"/> 7 IGNORADO			
13. CAUSAS DE MUERTE:					TIEMPO APROX. ENTRE EL INICIO DE LA CAUSA Y LA MUERTE
PARTE I ENFERMEDAD O ESTADO PATOLOGICO QUE FINALMENTE PRODUJO LA MUERTE					CODIGO:
CAUSAS QUE ANTECEDIERON A LA CAUSA DIRECTA, SI EXISTEN LA ULTIMA CAUSA ANOTADA EN B, C, D O E SERA LA QUE INICIO TODO EL PROCESO PATOLOGICO					
PARTE II OTRAS ENFERMEDADES SIGNIFICATIVAS QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADAS CON LA CAUSA DIRECTA (1a)					
a) CAUSA DIRECTA					
b) CAUSA QUE OCASIONO LO ANOTADO EN PARTE I a)					
c) CAUSA QUE OCASIONO LO ANOTADO EN PARTE I b)					
d) CAUSA QUE OCASIONO LO ANOTADO EN PARTE I c)					
14. CONFIRMACION DE LAS CAUSAS: CLINICA <input type="checkbox"/> 1 INVESTIGACION (EXCLUYE BIOPSIA) <input type="checkbox"/> 2 OPERACION <input type="checkbox"/> 3 BIOPSIA <input type="checkbox"/> 4 NECROPSIA <input type="checkbox"/> 5 RECONOCIMIENTO <input type="checkbox"/> 6					15. CERTIFICACION HECHA POR EL MEDICO (de): <input type="checkbox"/> 1 GUARDIA <input type="checkbox"/> 2 ASISTENCIA <input type="checkbox"/> 3 FAMILIA <input type="checkbox"/> 4 LEGISTA <input type="checkbox"/> 5 OTRO
16. a) SI ES MUERTE VIOLENTA PARECE DEBERSE A: <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> SUICIDIO <input type="checkbox"/> HOMICIDIO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> POR INVESTIGAR		b) FECHA DE LA LESION: DIA MES AÑO		c) LUGAR DONDE OCURRIO LA LESION:	
d) DESCRIPCION DE COMO SE PRODUJO LA LESION:					
e) AUTORIDAD QUE SOLICITA LA ACTUACION:					No. DE ACTA:
NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MEDICO:			No. REG. PROFESIONAL:		FIRMA:
NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MEDICO:			No. REG. PROFESIONAL:		FIRMA:

CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION Y
ESTADISTICA MORTALIDAD FETAL TARDIA

(ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA Y COLOQUE EN CADA CUADRO LA LETRA O NUMERO QUE CORRESPONDA)

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

2121850

1. NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO						CEDULA DE IDENTIDAD														
SEXO	<input type="checkbox"/> M. MASCULINO <input type="checkbox"/> F. FEMENINO <input type="checkbox"/> INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD Años	Solo si es menor de un año			Meses			Días			Horas			Min.		

TESTIGOS QUE CERTIFICAN LA IDENTIDAD DEL DEFUNTO (cuente no tiene datos de identidad)

1. Nombre:	C.I.	Firma:
2. Nombre:	C.I.	Firma:

2. DATOS DE LA DEFUNCION						SOLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCION FETAL																				
FECHA			HORA			Peso al nacer (grs)			Semanas gestación			Estado nutricional previo a la enfermedad														
Día			Mes			Año			Hora			Minutos			Peso al nacer (grs)			Semanas gestación			<input type="checkbox"/> 1. Excelente <input type="checkbox"/> 2. Desnutrición grado I <input type="checkbox"/> 3. Desnutrición grado II <input type="checkbox"/> 4. Desnutrición grado III <input type="checkbox"/> 5. Ignorante					
LOCAL						ESTABLECIMIENTO O INSTITUCION						COMUNA														
<input type="checkbox"/> 1. Hospital o Clínica <input type="checkbox"/> 2. Casa habitación <input type="checkbox"/> 3. Otro																										

3. CAUSA DE LA MUERTE En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.												DURACION INTERNA (DÍAS)			LBO M. SALUD		
CAUSA INMEDIATA: (Enfermedad o condición que produjo directamente la muerte)																	
CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente, suceso o homicidio que ocasionó la causa inmediata)																	
ESTADOS MORBIDOSOS CONCOMITANTES: (Constituyentes a la defunción poco fuera de la cadena causal)																	

4. FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE						EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE CIRCUNSTANCIAS TIPO																							
<input type="checkbox"/> 1: Autopsia <input type="checkbox"/> 2: Biopsia <input type="checkbox"/> 3: Operación <input type="checkbox"/> 4: Exa. Laboratorio <input type="checkbox"/> 5: Cuadro Clínico <input type="checkbox"/> 6: Información de Testigos						LUGAR DE OCURRENCIA						<input type="checkbox"/> 1: Casa <input type="checkbox"/> 2: Via Pública <input type="checkbox"/> 3: Trabajo <input type="checkbox"/> 4: Otro						<input type="checkbox"/> 1: Pezón <input type="checkbox"/> 2: Conductor <input type="checkbox"/> 3: Pasajero <input type="checkbox"/> 4: Otro						<input type="checkbox"/> 1: Accidente <input type="checkbox"/> 2: Suicidio <input type="checkbox"/> 3: Homicidio <input type="checkbox"/> 4: Otro					
ATENCION MEDICA O TIAA ENFERMEDAD <input type="checkbox"/> 1: SI <input type="checkbox"/> 2: NO <input type="checkbox"/> 3: Ignorante						CAUSAS DE QUEJAS CERTIFICADAS						FECHA CERTIFICADO						"Certifico la veracidad de los hechos consignados"											
						MEDICO OTROS						Día						Mes						Año					
						<input type="checkbox"/> 1: Total <input type="checkbox"/> 2: Parcial <input type="checkbox"/> 3: Otro						<input type="checkbox"/> 4: Información de Matrona <input type="checkbox"/> 5: Ignorante																	
Nombre Médico:																													
Firma:																													
Domicilio:																													
																		Firma Médico y Sello Establecimiento											

B. INFORMACION ESTADISTICA (USO EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL O ADMINISTRACION CEMENTERIOS)

RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (CALLE Y NUMERO O LOCALIDAD Y COMUNA)												USO INE											
INSTRUCCION						DURACION						USO INE						NIVEL OCUPACIONAL					
<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												<input type="checkbox"/> 1: Menor de un año <input type="checkbox"/> 2: DEFUNCION FETAL											
Nombre de la Madre																							
ESTADO CIVIL						VIVOS incluyendo presente embarazada						FECHA PARTO/ABORTO ANTERIOR AL PRESENTE MUERTO											
<input type="checkbox"/> 1: Soltero <input type="checkbox"/> 2: Casado <input type="checkbox"/> 3: Viudo						<input type="checkbox"/> 1: Vivos <input type="checkbox"/> 2: Fallecidos <input type="checkbox"/> 3: Matrimonios <input type="checkbox"/> 4: Total						<input type="checkbox"/> 1: Paro <input type="checkbox"/> 2: Aborto						<input type="checkbox"/> 1: Paro <input type="checkbox"/> 2: Empleado <input type="checkbox"/> 3: Obrero <input type="checkbox"/> 4: Trabajador por cuenta propia					
SEXO						OCCUPACION						USO INE						NIVEL OCUPACIONAL					
<input type="checkbox"/> 1: Macho <input type="checkbox"/> 2: Hembra						<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												<input type="checkbox"/> 1: Paro <input type="checkbox"/> 2: Empleado <input type="checkbox"/> 3: Obrero <input type="checkbox"/> 4: Trabajador por cuenta propia					
Nombre del Padre																							
ESTADO CIVIL						VIVOS incluyendo presente embarazada						FECHA PARTO/ABORTO ANTERIOR AL PRESENTE MUERTO											
<input type="checkbox"/> 1: Soltero <input type="checkbox"/> 2: Casado <input type="checkbox"/> 3: Viudo						<input type="checkbox"/> 1: Vivos <input type="checkbox"/> 2: Fallecidos <input type="checkbox"/> 3: Matrimonios <input type="checkbox"/> 4: Total						<input type="checkbox"/> 1: Paro <input type="checkbox"/> 2: Aborto						<input type="checkbox"/> 1: Paro <input type="checkbox"/> 2: Empleado <input type="checkbox"/> 3: Obrero <input type="checkbox"/> 4: Trabajador por cuenta propia					
SEXO						OCCUPACION						USO INE						NIVEL OCUPACIONAL					
<input type="checkbox"/> 1: Macho <input type="checkbox"/> 2: Hembra						<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												<input type="checkbox"/> 1: Paro <input type="checkbox"/> 2: Empleado <input type="checkbox"/> 3: Obrero <input type="checkbox"/> 4: Trabajador por cuenta propia					

Counterfoil

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

District
 Name of deceased
 Sex
 Age
 Disease or Condition
 directly leading to death
 Antecedent cause
 Other significant conditions
 Date of Death

DOMINICA

DISTRICT

Name, residence and occupation
of deceased

Sex

Age

I

Disease or conditions directly
leading to death

Antecedent Causes
 Morbid conditions, (if any)
 giving rise to the above
 cause, stating the underlying condition last.

CAUSE OF DEATH

Approximate inter-
val between onset and(a)
due to (or as a consequence of)(b)
due to (or as a consequence of)

(c)

II

Other Significant Conditions
 contributing to the death but not related to
 the disease or condition causing it.

Date of death

Remarks

Ido hereby certify that I attended.....
during.....last illness and that the above particulars are true in every

Signature

19

ANTES DE LLENAR ESTE INFORME, LEA LAS
INSTRUCCIONES ESCRITAS AL REVERSO

INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCION

1) OFICINA DE REGISTRO CIVIL DE

2) PROVINCIA

CANTÓN

PARROQUIA

3) FECHA DE INSCRIPCION Año 19... Mes ... DÍ... ..

4) ACTA DE INSCRIPCION No.

(A) DATOS DEL FALLECIDO

5) APELLIDOS		NOMBRES			10) LUGAR DE FALLECIMIENTO	
6) SEXO	7) FECHA DE NACIMIENTO	8) FECHA DE FALLECIMIENTO	9) EDAD AL FALLECER			
Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2	Año 19... Mes... Día...	Año 19... Mes... Día...	Horas (si es menor de 1 día) <input type="checkbox"/> 1 Días (si es menor de 1 mes) <input type="checkbox"/> 2 Meses (si es menor de 1 año) <input type="checkbox"/> 3 Años cumplidos <input type="checkbox"/> 4 Ignorada <input type="checkbox"/> 9	Provincia..... Cantón..... Ciudad..... Paredón rural..... Localidad..... USO INEC..... 11) ZONA: Urbana <input type="checkbox"/> 1, Rural <input type="checkbox"/> 2, Periférica <input type="checkbox"/> 3		

SITUACION DEL EMBARAZO (Para mujeres de 12 a 49 años)

12) ¿ESTUVO EMBARAZADA CUANDO FALLECIÓ?	13) ¿EN LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS AL FALLECIMIENTO DIO A LUZ?	14) ¿RECIBÍ ATENCIÓN MÉDICA? (Contar el embarazo)
SI <input type="checkbox"/> 1 → N° meses... PASE AL SECTOR 12 NO <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	SI <input type="checkbox"/> 1 → N° Consultas... NO <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9

15) ESTADO CIVIL CONYUGAL (Para personas de 12 años y más)	16) OCURRIDO EN	17) CERTIFICADO POR	18) RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (Para menores de 1 año, residencia de la madre)
Soltero <input type="checkbox"/> 1 Casado <input type="checkbox"/> 2 Viudo <input type="checkbox"/> 3 Divorciado <input type="checkbox"/> 4 Unión libre <input type="checkbox"/> 5 Ignorado <input type="checkbox"/> 9	Establecimiento del Minist. de Salud <input type="checkbox"/> 1 Establecimiento del IESS <input type="checkbox"/> 2 Otro Establecimiento del Estado <input type="checkbox"/> 3 Hospital, Clínica o Consultorio Particular <input type="checkbox"/> 4 Casa <input type="checkbox"/> 5 Otro (especificar) <input type="checkbox"/> 6	MÉDICO: Tratante <input type="checkbox"/> 1 No Tratante <input type="checkbox"/> 2 NO MÉDICO: Autoridad Civil o de Policía <input type="checkbox"/> 3 Otro (especificar) <input type="checkbox"/> 4	Provincia..... Cantón..... Ciudad..... Paredón rural..... Localidad..... USO DEL INEC..... 19) ZONA: Urbana <input type="checkbox"/> 1, Rural <input type="checkbox"/> 2, Periférica <input type="checkbox"/> 3 20) Residente <input type="checkbox"/> 1, No residente <input type="checkbox"/> 2

21) ALFABETISMO E INSTRUCCIÓN (Para personas de 6 años y más)

¿SABÍA LEER Y ESCRIBIR?

SI ☐ 1 NO ☐ 2
 PASE AL SECTOR 22
 Último grado o curso aprobado
 Nivel.....

 Ninguno ☐ 1
 Centro de Alfabetización ☐ 2
 Primaria ☐ 3
 Secundaria ☐ 4
 Superior ☐ 5
 Ignorado ☐ 9

22) CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS (Para personas de 10 años y más)

¿TRABAJABA?

SI ☐ 1 NO ☐ 2Se ignora ☐ 9
 ¿Cuál fue la profesión u oficio?
 ¿Cuál fue la ocupación?
 ¿A qué actividad se dedica o que produce el establecimiento, negocio o lugar en el que trabajaba?
 ¿QUE CATEGORÍA DE OCUPACIÓN TENÍA EN EL TRABAJO?
 Patrono o trabajador ☐ 1
 Cuenta propia ☐ 2
 Empleado o obrero ☐ 3
 ¿Solo estudiante? ☐ 1
 ¿Solo jubilado? ☐ 1
 ¿Solo pensionado? ☐ 1
 ¿Solo trabajador doméstico? ☐ 2
 ¿Solo jubilado? ☐ 3
 ¿Solo trabajador familiar sin remuneración? ☐ 4
 Otro ☐ 5
 Se ignora ☐ 9

NOTA: ESTE DOCUMENTO Y SU TRAMITACION SON GRATUITOS

(B) CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION
(Escriba con letras de imprenta)

23) CAUSAS DE DEFUNCION CERTIFICADAS POR MEDICO	<p><i>Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente *</i></p> <p>CAUSAS ANTECEDENTES</p> <p>Causas antecedentes o estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar la causa <u>básica o fundamental</u>.</p> <p align="center">II</p> <p>OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS</p> <p>Que contribuyeron a la muerte pero no relacionadas con la enfermedad o estado morbooso que la produjo.</p> <p><i>*No quiere decirse con esto, la manera o modo de morir. Ej.: debilidad cardíaca, asfexia, etc., significa propiamente la enfermedad, lesión o complicación que causó el fallecimiento.</i></p>	<p>a) _____ debida a lo como consecuencia del _____</p> <p>b) _____ debida a lo como consecuencia del _____</p> <p>c) _____ causa básica _____</p>	<p>Tiempo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
				<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px;">USC</td> <td style="width: 50px; height: 20px;">INSC</td> </tr> </table>	USC
USC	INSC				
24) Datos del Médico que Certifica	<p>Nombres y apellidos _____ Firma _____ Colegio Médico No. _____ o Registro del M.S.P. _____</p> <p>Dirección de la consulta o domiciliaria: Ciudad _____ Calle y No. _____ Telf. _____</p>				

25) Nombre del Establecimiento de Salud donde ocurrió la defunción: _____

Dirección: Ciudad _____ Calle y No. _____ Teléfono _____

26) EN CASO DE MUERTE VIOLENTA	TIPO		INDIQUE LA CLASE DE ACCIDENTE Y LUGAR DONDE OCURRIÓ
	Accidente	<input type="checkbox"/> 1	CLASE: _____ Ej.: (caída, ahogamiento, envenenamiento, etc.)
	Suicidio	<input type="checkbox"/> 2	
	Homicidio	<input type="checkbox"/> 3	LUGAR: _____ Ej.: (casa, calle, oficina, lugar de trabajo, etc.)
Indeterminado	<input type="checkbox"/> 4		
<p>En caso de accidente de tránsito especifique: _____ Ej.: (cheque, volcamiento, arrollamiento, etc.)</p>			
<p>27) ¿SE REALIZÓ AUTOPSIA? SI <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 2</p>			

(C) MUERTE SIN CERTIFICACION MEDICA

28) CAUSA PROBABLE DE LA MUERTE: _____

Síntomas _____

Informantes {

Nombres y apellidos	Firma	Dirección
Nombres y apellidos	Firma	Dirección

(D) DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA INSCRIPCION DE LA DEFUNCION

29) NOMBRES Y APELLIDOS _____	EDAD (años cumplidos) <input type="text"/>
30) RELACION DE PARENTESCO CON EL FALLECIDO QUE INSCRIBE:	
<p>Cónyuge <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Hijo (a) <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Yerno o Nuera <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Nieto (a) <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>Padres o Suegros <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Otros parientes <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Otros no parientes <input type="checkbox"/></p>

OBSERVACIONES: _____

REPÚBLICA DE EL SALVADOR

FORMULA E. V. 2

Libro No. _____

MINISTERIO ECONOMÍA

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS

REGISTRO DE DEFUNCION

Partida No. _____

1. Nombre y Apellido del Difunto: _____

2. Fecha de la Defunción:

Hora: _____ Día: _____ Mes: _____ Año: _____

3. Lugar de la Defunción: Departamento _____

4. Municipio _____

5. Cantón _____

R: 3 ☐ : U: 1 ☐

6. Local de la Defunción:

Hospital o Clínica: _____ 1 ☐Casa de Habitación: _____ 3 ☐Otras: _____ 5 ☐

Hospital o Clínica, indique el nombre: _____

7. Tiempo que el difunto permaneció en el lugar: _____

8. Sexo: Femenino: 3 ☐ Masculino: 1 ☐

9. Estado Civil:

Viudo: 3 ☐ Casado: 2 ☐ Soltero: 1 ☐Ignorado: 6 ☐ Divorciado: 5 ☐ Unido: 4 ☐Impúber: 7 ☐

10. Lugar de Nacimiento: _____

11. Nacionalidad: _____

12. Edad:

Para mayores de un año, años cumplidos: _____

Para menores de 1 año: Horas: _____ Meses: _____

Minutos: _____ Días: _____

13. Ocupación habitual: _____

14. Lugar donde trabajaba (Almacén, fábrica, finca agrícola, taller, etc.): _____

15. Lugar de Residencia (Para menores de 1 año, indicar residencia de la Madre):

Departamento o País: _____

Municipio: _____

Cantón: _____ Rural: 3 ☐ Urbano: 1 ☐

16. Nombre y Apellido del Padre: _____

17. Nombre y Apellido de la Madre: _____

18. Nombre y Apellido del Conyuge: _____

19. ¿Hay bienes? Si: ☐ No: ☐20. ¿Jubilado o pensionado? Si: ☐ No: ☐

CAUSA DE MUERTE

21. Anote sólo una causa en cada una de las líneas (a), (b) y (c)

I. Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente. *	a) _____ debida a la como consecuencia de)	Indique específicamente entre el causante de la enfermedad y la muerte.
	b) _____ debida a la como consecuencia de)	
	c) _____	
II. Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que la produjo.		

* No quiere decirse con esta la manera o modo de morir, por ejemplo, debilidad cardíaca, asfisia, etc. Significa propiamente la enfermedad, lesión o complicación que causó el fallecimiento.

MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTAL

22. Homicidio: 5 <input type="checkbox"/>	Suicidio: 3 <input type="checkbox"/>	Accidental: 1 <input type="checkbox"/>
23. Causa de la muerte:		
Ahogamiento: 4 <input type="checkbox"/>	Arma de fuego: 1 <input type="checkbox"/>	
Acc. de Tránsito: 5 <input type="checkbox"/>	Arma blanca: 2 <input type="checkbox"/>	
Envenenamiento: 6 <input type="checkbox"/>	Caida: 3 <input type="checkbox"/>	
Otras, especifique: _____		

PARA MENORES DE UN AÑO

24. ¿Madre casada?	No: 3 <input type="checkbox"/>	Si: 1 <input type="checkbox"/>
Duración del Embarazo: _____		
Edad de la Madre: _____		

CERTIFICACIÓN Y ASISTENCIA MÉDICAS

25. ¿Asistencia Médica durante enfermedad?	No: 3 <input type="checkbox"/>	Si: 1 <input type="checkbox"/>
¿Defunción certificada por Médico?	No: 3 <input type="checkbox"/>	Si: 1 <input type="checkbox"/>
Si certificó otro personal, indique título o profesión: _____		

Fecha de Registro: _____

OBSERVACIONES: _____

Registration of Births and Death Ordinance.

No. of corresponding
entry in Register Book
to be inserted here by
the Registrar.

To the District Registrar

St.

MEDICAL CERTIFICATE OF THE CAUSE OF DEATH.

No. 6

DISTRICT OF

For use only by a Registered Medical Practitioner who has been in attendance during the deceased's last illness, and to be given to some person required by the Ordinance to deliver this Certificate to the Registrar.

Please note that

of

died on

and that I have this day issue

Certificate to

Name, residence and occupation of deceased.	Sex.	Age.	CAUSE OF DEATH	Approximate interval between onset and death
			<p>I</p> <p>Disease or condition directly leading to death* (a)</p> <p>Antecedent causes Morbid conditions, if any, giving rise to the above cause stating the underlying condition last (b)</p> <p>(c)</p> <p>II</p> <p>Other significant conditions contributing to the death but not related to the disease or condition causing it {</p>	

*This does not mean the mode of dying e.g. heart failure assthenia, etc. It means the disease, injury, or complication which cause death

I hereby certify that I attended the above named deceased
during his last illness and that he died on day of 19..... at

, and that the above particulars are true in every respect.

Witness my hand this

day of 19.....

Signature.

Qualifications as registered in Grenada

Medical Pra

Date:

CERTIFICACION MEDICA DE DEFUNCION

Partida número _____

Libro número _____

El que suscribe, médico y cirujano colegiado No. _____ y debidamente inscrito en el Registro Civil,

Certifico que el día _____ del mes de _____ de mil novecientos _____

a las _____ horas, en la _____ (lugar o institución donde ocurrió la muerte) falleció

Primer nombre _____

Segundo nombre _____

Primer apellido _____

Segundo apellido _____

de sexo _____, edad _____, estado civil _____

originario de _____ y con residencia habitual en _____

ocupación: profesión u oficio _____

Nombre del cónyuge _____

Hijo de _____

(Nombres y apellidos del padre)

y de _____

(Nombres y apellidos de la madre)

CAUSA DE DEFUNCION

Intervalo aproximado
entre el comienzo de
la enfermedad y la
muerte.

I

Enfermedad o condición patológica
que produjo la muerte directamente (*) { (A) _____

debida a (o como consecuencia de)

Causas AntecedentesCausas antecedentes o condicio-
nes morbosas, si existiera alguna, que pro-
dujeron la causa arriba consignada, mencio-
nándose en último lugar la causa básica o
fundamental. { (B) _____
(C) _____

debida a (o como consecuencia de)

II

Otras condiciones patológicas sig-
nificativas que contribuyeron a la muerte pe-
ro no relacionadas con la enfermedad o con-
dición morbosa que la produjo { _____
_____(*) No quiere decirse con esto la manera o modo de morir, p.e.: debilidad cardíaca, asenia, etc. Significa propiamente la enfermedad, lesión o com-
plicación que causó el fallecimiento.HUBO OPERACION? Si ☐ No ☐

Fecha de la misma _____

Resultado de la operación _____

(Llénesse este espacio únicamente si la operación fue efectuada en un período anterior no mayor de 30 días)

FUE: (**) SUICIDIO ☐ HOMICIDIO ☐ ACCIDENTE ☐Si fuere accidente, lugar donde ocurrió _____
(carretera, río, lago, barranco, etc.)

Explique como ocurrió el accidente _____

Si fuere SUICIDIO U HOMICIDIO (indique la causa externa, o el arma que lo produjo) _____

NOTA: Estos datos no prejuzgan sobre la calificación del hecho que en definitiva hicieren los tribunales, es ÚNICAMENTE para fines estadísticos.

HUBO AUTOPSIA? Si ☐ No ☐

Y para la inscripción correspondiente en el Registro Civil hace constar: que

vió y examinó el cadáver de la persona mencionada, por lo que extiende, sella y firma la presente constancia en: _____

CERTIFICAT MEDICAL DE DECES

Nom et Prénoms _____ Sexe _____ Age _____ Ans _____ Mois _____ Jours _____

ADRESSE ET COMMUNE DE RESIDENCE DU DEFUNT

Urbaine _____ Commune _____
Rurale _____

LIEU DU DECES

Extra institutionnel : (Lieu) _____
Institutionnel : Institution _____ Service _____ Dossier _____

CERTIFICAT DE DECES

Je soussigné, _____
Docteur en médecine, certifie par la présente
que la personne identifiée ci-dessus, soignée
dans le service, est décédée le :

_____ à _____
Jour Mois Année à Heures PM

CAUSE DU DECES

I
Maladie ou affection morbide
ayant directement
provoqué le décès *
_____ ou à ses conséquences
Justification
affections morbides ayant
directement conduit à l'état
précité, l'affection initiale
étant indiquée en caractères légers

II
Autre état morbide important
ayant contribué au décès mais sans
rapport avec la maladie ou avec
l'état morbide qui l'a provoqué

Signature: _____

CONSTAT DE DECES

Je soussigné, _____
Docteur en médecine, certifie par la présente avoir
vu aujourd'hui le corps de la personne identifiée ci-
dessus, constatant qu'elle est morte, et qu'en tant
que je sache, le décès est survenu le :

_____ Jour Mois Année

Provoqué par:
a) _____
b) _____
c) _____

Etat morbide associé

Signature: _____

Adresse et No de Tél. _____

* Il ne s'agit pas du mode de décès par exemple : défaillance cardiaque, syncope, etc.
mais de la maladie qui a entraîné le mort.



SECRETARIA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCION

FOLIO DE CERTIFICACION

5040951

ESTADO DE GUERRERO, CERTIFICADO DE DEFUNCION PARA LOS REGISTROS DE DEFUNCIONES EN EL PAIS

1. NOMBRE DEL FALLECIDO:

2. FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE DE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

DIA MES AÑO

3. SEXO:

4. EDADE (AÑOS):

5. NACIONALIDAD:

MASCULINO

1

FEMENINO

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

FORM B.

F-426

No 7268

P. 03/11

DEATHS Registered in Montserrat, Registered by Registrar

T-286

19..... District "....."

No	DESCRIPTION OF DECEASED				If Deceased was Married	When Died, Year, Day of Month	Where Died	PARTICULARS OF DEATH			When and Where Registered and Signature of Registrar
	Name, Rank, Profession or Occupation	Sex	Age	Where Born				Cause of Death	Burial Place	Signature of Informant	

FROM PAN AMERICAN HEALTH ORGANISATION

09:45AM

I HEREBY CERTIFY the above to be a true and exact copy of Entry No of in the Register of Deaths for District "....." Montserrat.

09-05-17

..... Registrar.



MINISTERIO DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCION
 SISTEMA NACIONAL DE ESTADISTICAS VITALES (SINEVI)

**A. DATOS DEL FALLECIDO**

1. NOMBRE DEL FALLECIDO		Nombre del Padre	
1er. Apellido		Nombre de la Madre	
2do. Apellido		Nombre del Conyuge	
Nombres		3. EDAD CUMPLIDA	
1. RESIDENCIA HABITUAL		<input type="text"/> Días <input type="text"/> Meses <input type="text"/> Años	
Dirección		4. SEXO	
Barrio		<input type="text"/> Masculino <input type="text"/> Femenino	
Localidad		5. NACIONALIDAD	
Municipio		<input type="text"/> Nicaragüense <input type="text"/> Extranjero	
Departamento		6. ESTADO CONYUGAL	
2. OCUPACION		<input type="text"/> Acompañado (a) <input type="text"/> Casado (a) <input type="text"/> Soltero (a) <input type="text"/> Divorciado (a) <input type="text"/> Viudo (a)	
		FECHA DE NACIMIENTO	
		<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año	

B. DATOS DE LA DEFUNCION

7. FECHA DE OCURRENCIA		9. HOSPITAL	
<input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> Hora	<input type="text"/> A.M. <input type="text"/> P.M.	<input type="text"/>	
8. LUGAR DE OCURRENCIA		10. SITIO DONDE MURO	
Localidad		<input type="text"/> Unidad de Salud <input type="text"/> Domicilio <input type="text"/> Otro <input type="text"/> Ignorado	
Municipio		11. ¿RECIBIO ATENCION MEDICA POR LA CAUSA QUE CONDUJO A LA MUERTE?	
Departamento		<input type="text"/> Si <input type="text"/> No <input type="text"/> Ignorado	

C. CAUSA DE LA DEFUNCION

(Escriba una sola causa, lesión o circunstancia en cada línea)		Intervalo aproximado entre el inicio de la Enfermedad y la Muerte	
1. CAUSA DIRECTA (a) _____ debido a (a como consecuencia de)		_____	
CAUSA INTERMEDIA (b) _____ debido a (a como consecuencia de)		_____	
CAUSA BASICA (c) _____		_____	
12. OTROS ESTADOS PATOLOGICOS _____		12. CODIGO DE CAUSA BASICA	
_____		<input type="text"/>	
SI LA MUERTE SE DEBE A FACTORES EXTERNOS ESPECIFICAR:		13. SI ES MUJER MAYOR DE 12 AÑOS, ESPECIFIQUE SI OCURRIO DURANTE	
13. SI SE DEBIO A: <input type="text"/> Accidente de Tránsito <input type="text"/> Otro Accidente <input type="text"/> Suicidio <input type="text"/> Homicidio <input type="text"/> Otra Violencia <input type="text"/> Ignorado		14. SI OCURRIO CON: <input type="text"/> Accidente de Tránsito <input type="text"/> Arma Blanca <input type="text"/> Comandancia <input type="text"/> Veneno <input type="text"/> Otro	
<input type="text"/> Embarazo <input type="text"/> Parto <input type="text"/> Puerperio		<input type="text"/> Otro <input type="text"/> Ignorado	

D. CERTIFICACION DE LA DEFUNCION

Persona que dió la información
Médico que estableció el Diagnóstico
Lugar y Fecha de emisión
Responsable o Delegado del Ministerio de Salud

E. DATOS A LLENAR POR EL REGISTRO CIVIL

Nombre del Fallecido		
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres
Fecha de Defunción	Día	Mes
Año		
1. Sirvo encargarme de anotar en los libros de registro de defunciones que lleva esta oficina registral, hace constar que la defunción a que se refiere este certificado, quedó registrada en el Acto número _____ del Tomo _____ Folio _____ de esta oficina		
Firma del Encargado	Lugar y Fecha	

NOTA: ESTE CERTIFICADO DEBE SER LEGALIZADO EN EL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

SISTEMA DE INFORMACION

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Primera parte para uso de Estadística
del Ministerio de Salud Pública y B.S.

NOMBRE Y APELLIDO

DEL FALLECIDO:

HORA DE FALLECIMIENTO

FECHA DE DEFUNCION

DIA	MES	AÑO

EDAD DEL FALLECIDO

Si el Fallecido tenía

Horas: 0

Días: 1

Meses: 2

Años: 3

Masc.: 1

Fem.: 2

ESTADO CIVIL

Casado: 1 Viudo: 5

Unión Libre: 2

Soltero: 3

Divorciado o Sep.: 4

NACIONALIDAD (especif.)

OCUPACION (especif.)

ASISTIO EL MEDICO

SI: 1; NO: 2

Certificó: 3

GRADO DE INSTRUCCION

PARA MENORES DE 1 AÑO

1. Peso al nacer:

2. Edad de la madre:

3. Lugar que ocupa el nacimiento:

4. Grado de Instrucción de la madre:

LUGAR DE LA DEFUNCION

Región Sanitaria N°

Departamento

Distrito

Dirección-Domicilio o

Establecimiento de Salud

RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO

Región Sanitaria N°

Departamento

Distrito

Dirección-Domicilio

Urbano: 1

Rural: 2

Desconocido: 3

CAUSA DE LA MUERTE

Enfermedad o estado morbooso
causante directo de la muerte.Enfermedad que originó la causa
anotada arriba.Enfermedad que originó los proce-
sos anteriores

I

a.

b.

c.

Intervalo aproximado entre
comienzo de la enfermedad
y la muerte.

II

Otras patologías contribuyentes
pero no relacionadas con la causa
de muerte.

SI NO ASISTIO EL MEDICO

Anote la causa más aproximada:

EN CASO DE MUERTE VIOLENTA

TIPO

1. Accidente
2. Suicidio
3. Homicidio
9. Otros

LUGAR

1. Calle
2. Hogar
3. Trabajo

4. Lugar de recreo
5. Otros lugares

Fecha del suceso

Dia Mes Año

DESCRIBA COMO
OCURRIO EL HECHO:DATOS DEL MEDICO QUE
CERTIFICA

Nombre y Apellido:

Registro N°:

Dirección:

Firma

Fecha

INFORMANTE: Doc. N°

Nombre y Apellido:

Firma:

Fecha:

TESTIGO: Doc. N°

Nombre y Apellido:

Firma

DATOS DEL INSCRIPTOR

Nombre y Apellido

Cargo

Fecha

Firma

GENTILEZA DE LA ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD - O.P.S./O.M.S.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

SISTEMA DE INFORMACION

Segunda Parte: Para uso del Registro Civil
Autorización de Inscripción para el Registro

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Civil de Defunción N°.....

Nombre y Apellido del Fallecido:..... Sexo:..... Edad:.....

**PERU**

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

MINISTERIO DE SALUD

CON ESTE DOCUMENTO SE DEBE SOLICITAR DE INMEDIATO LA INSCRIPCIÓN EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL DEL DISTRITO EN EL QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

El médico que suscribe certifica que atendió al difunto en su último enfermedad ☐ que verificó en su momento la defunción ☐

Antecedentes y apellidos del fallecido: _____ de sexo _____

De _____ de edad. Fallecido el _____ de 19____ a las _____ horas

Quedó en _____ Localidad _____

Distrito _____ Lo causa básica de la muerte fue _____

Nombre y apellidos del médico: _____ N.º de C. M. F. _____

Lugar y fecha de certificación: _____ Firma del médico _____

**INFORME ESTADÍSTICO
DE LA DEFUNCIÓN**
(Solo para uso estadístico)

LUGAR Y FECHA DE INSCRIPCIÓN (Debe ser aceptado por el Registrador)

Provincia: _____ Distrito: _____

Oficina de Registro Civil: _____

Lugar: _____ Fecha de inscripción: _____

Partida N.º: _____ Día Mes Año

Este informe debe ser llenado por el médico que certificó la defunción y, en los lugares donde no hubiere este profesional, será llenado por otro personal de salud que la atención o constatación de la defunción de éste, por el Registrador o otro funcionario autorizado.

DATOS DEL FALLECIDO Y DE LA DEFUNCIÓN

1. NOMBRES Y APELLIDOS: _____

2. SEXO DE NACIMIENTO: _____

3. NUTRICIÓN: _____

4. SEXO: _____

5. EDAD: _____

6. RESIDENCIA HABITUAL (Para menores de un año, indicar la residencia habitual de la madre): _____

7. OCUPACIÓN (Clase de trabajo que realiza): _____

8. ESTADO CIVIL: _____

9. CAUSA BÁSICA DE LA MUERTE: _____

10. CAUSAS ANTERIORES: _____

11. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS: _____

12. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: _____

13. ESTADO CIVIL: _____

14. ESTADO DE DEFUNCIÓN: _____

15. ESTADO DE DEFUNCIÓN: _____

16. ESTADO DE DEFUNCIÓN: _____

17. ESTADO DE DEFUNCIÓN: _____

18. ESTADO DE DEFUNCIÓN: _____

19. ESTADO DE DEFUNCIÓN: _____

20. ESTADO DE DEFUNCIÓN: _____

21. EL MÉDICO DECLARA HABER CONSTATADO LA MUERTE: _____

22. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: _____

23. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: _____

24. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: _____

25. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: _____

26. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: _____

27. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: _____

28. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: _____

29. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: _____

30. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: _____

SE NOMBRES Y APELLIDOS DEL MÉDICO

NÚMERO DE ÁREA (A: Num)		NÚMERO DE REGISTRO (Registro Number)		NÚMERO DE CERTIFICADO (Certificate Number)		ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE SALUD IN DE REGISTRO DEMOGRAFICO CELA...ICADO DE DEFUNCION Death Certificate		NÚMERO DE DEFUNCION (Def:)	
152									
1. Lugar de Defunción (Place of death)				2. Residencia Habitual del Fallecido (Us: Dónde vivía? Si en una institución. Residencia anterior de ingreso en la misma)		3. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
a. Municipio				b. Estado o País		4. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
d. Si en Hospital o Otro Sitio (Hospital or Other Institution)				e. Tiempo de Residencia (en ese municipio)		f. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
e. Si en Hospital o Otro Sitio (Hospital or Other Institution)				f. Tiempo de Residencia (en Hospital o Institución)		g. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
5. Nombre y apellidos del Fallecido (Deceased Name)				6. Fecha y Lugar de la Defunción (Date: Place)		7. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
8. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				9. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		10. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
11. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				12. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		13. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
14. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				15. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		16. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
17. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				18. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		19. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
20. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				21. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		22. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
23. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				24. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		25. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
26. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				27. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		28. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
29. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				30. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		31. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
32. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				33. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		34. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
35. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				36. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		37. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
38. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				39. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		40. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
41. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				42. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		43. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
44. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				45. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		46. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
47. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				48. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		49. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
50. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				51. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		52. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
53. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				54. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		55. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
56. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				57. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		58. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
59. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				60. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		61. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
62. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				63. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		64. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
65. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				66. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		67. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
68. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				69. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		70. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
71. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				72. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		73. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
74. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				75. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		76. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
77. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				78. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		79. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
80. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				81. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		82. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
83. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				84. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		85. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
86. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				87. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		88. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
89. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				90. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		91. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
92. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				93. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		94. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
95. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				96. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		97. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			
98. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)				99. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)		100. Sexo y Fecha de la Defunción (Sex: Date)			

SAINT LUCIA

Form No. 5

COUNTERFOIL FOR MEDICAL PRACTITIONER.

District of

Name, Sex, of deceased

Sex

Age

Cause of Death.

Approximate
interval between
onset and death.* Disease or condition
directly leading to death

(a)

due to (or as a consequence of)

* Accidental cause

(b)

due to (or as a consequence of)

Morbid condition, if
any, giving rise to the
above cause, stating the
underlying condition last.

(c)

II

Other significant condi-
tionsContributing to the
death, but not related to
the disease or condition
causing it* This does not mean the
mode of dying, e.g., heart
failure, pneumonia, etc. It
means the disease, injury,
or complication which
caused death.

Date of death

STA. LUCIA

SAINT LUCIA.

Form No. 5

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH.

District of

CERTIFICATE OF DEATH

Particulars of
Deceased.

Cause of Death

Approximate
interval be-
tween onset
and death.

Name:

* Disease or condition
directly leading to death

(a)

due to (or as a consequence of)

Residence:

* Accidental cause

(b)

due to (or as a consequence of)

Occupation:

Morbid condition, if
any, giving rise to the
above cause, stating the
underlying condition last

Sex:

Other significant condi-
tions

Age:

Contributing to the death,
but not related to the
disease or condition caus-
ing itDate of
death:* This does not mean the
mode of dying, e.g., heart
failure, pneumonia, etc. It
means the disease, injury,
or complication which
caused death.Date of last
attendance

I do hereby certify that—
I viewed the body of _____ the
abovesigned during his last illness.

I attended

during his last illness.

I performed a post mortem examination on,
and that the (above) particulars are true in every respect to the best of my
knowledge and belief.

Dated this

day of

19

(Signature, &c.)

MEDICAL CERTIFICATE OF
CAUSE OF DEATH

No. 3601

Name

Residence

Occupation

Place of Birth

Sex

Age

Date of Death

Cause of death

1. (a)

(b)

(c)

2.

19

No. 3601

ST. KITTS NEVIS

Medical Certificate of Cause of Death

Parish

Name

Residence

Date of Death

Sex

Age

Occupation

Date of last attendance

Place of Birth

CAUSE OF DEATH

Approximate interval
between onset and death1. Disease or condition directly
leading to death*(a)
due to (or as a consequence of)Antecedent causes
Morbid conditions, if any, giving
rise to the above cause, stating
the underlying condition last.(b)
due to (or as a consequence of)

(c)

2. Other significant conditions
contributing to the death, but not
related to the disease or condition
causing it.* This does not mean the mode of dying e.g. heart
failure, uraemia, etc. It means the disease, injury, or
complication which caused death.

Date

19

Medical Officer District:

SAINT VINCENT

Registration of Births and Deaths

[CAP. 179

35

Form 7 MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

Section 42

Saint Vincent and the Grenadines

District

CERTIFICATE OF DEATH

Name, residence and occupation of deceased	Sex	Age	Date of death	Date of last attendance

CAUSE OF DEATH

1. Disease or condition directly leading to death

(a)
(date is for or a consequence of)

Approximate interval between onset and death

Antecedent cause, e.g. morbid condition, if any, giving rise to the above cause, stating the underlying condition last

(b)
(date is for or a consequence of)

(c)

2. Other significant condition contributing to the death but not related to the disease or condition causing 1.

This does not mean the mode of dying, e.g. heart failure, asphyxia, etc. It means the disease, injury, or complication which caused death.

I do hereby certify that I attended during last illness and that the above particulars are true in every respect to the best of my knowledge and belief.

Signature

Dated this

day of

19

MEDICAL CERTIFICATE OF CAUSE OF DEATH

(Births and Deaths Registration Ordinance, Ch. 29: No. 1)

P

For use of Registrars only

Registrar's No.

Reg. No. of
this death

I. Name of the deceased person

II. Sex* 1 Male
2 Female

III. Usual residence of 00 Port-of-Spain*

deceased person 51 San Fernando*

140 Arima Town* or Ward of in County

IV. Date death occurred (write day, month and year, in numbers in box)

day	month	year

V. Age of deceased person if 1 year and over, give age in completed years here 2
if under 1 year but 2 months and over, give age in completed months here 1
if under 2 months mark age by a cross in the appropriate box below

000	001	002	003	004	005	006	007	008	009	010
0 under 1 day	1 under 2 days	2 under 3 days	3 under 4 days	4 under 5 days	5 under 6 days	6 under 7 days	7 under 14 days	14 under 21 days	21 under 28 days	28 days under 2 months

VI. If deceased person 1 Legitimate
under 2 years old—state if* 2 Illegitimate

VII. Race of deceased 1 E.I.
person—state if* 2 B: 3 M: 4 W: 5 Ch.:

VIII. CAUSE OF DEATH† 1
Disease or Condition directly
leading to death.

(a) due to (or as a consequence of)

Antecedent causes

Morbid conditions, if any,
giving rise to the above
cause, stating the under-
lying condition last.

(b) due to (or as a consequence of)

(c)

II
Other significant conditions
contributing to the death,
but not related to the dis-
ease or condition causing it.

Approx. interval
between onset and
death

Official use only

IX. State if Death occurred in* 1 Private home. 2 Nursing home or Non-Government Hospital.
3 Government Hospital. 4 Other place.

For use of Government
Hospital only

and give address of place of death here

X. DECLARATION OF MEDICAL PRACTITIONER

I hereby certify that the above-named deceased person:

- *who WAS ATTENDED by me on (date) 19...., died on the date given above;
- *who WAS NOT ATTENDED by me and whose body I viewed at (place)
on (date) 19.... died, as I am informed, on the date given above, and that to the best
of my knowledge the cause of the death was as stated above.

Signature

Address

Registered Qualifications Date 19....

XI. Signature of Registrar Date 19....

*Delete whichever does not apply.

†Please write cause of death clearly and remember that cause of death does not mean the mode of dying, e.g., heart failure, asthma, etc. It means the disease, injury, or complication which caused death.

U.S. STANDARD
CERTIFICATE OF DEATH

LOCAL FILE NUMBER

STATE FILE NUMBER

TYPE/PRINT
IN
PERMANENT
BLACK INK
FOR
INSTRUCTIONS
SEE OTHER SIDE
HANSBOOKNAME OF DECEDENT
For use by physician or institution

DECEASED

SEE INSTRUCTIONS
ON OTHER SIDE

1. DECEDENT'S NAME (First, Middle, Last)						2. SEX	3. DATE OF DEATH (Month, Day, Year)
4. SOCIAL SECURITY NUMBER	5a. AGE—Last Birthday (Years)	5b. UNDER 1 YEAR Months Days	5c. UNDER 1 DAY Hours Minutes	6. DATE OF BIRTH (Month, Day, Year)	7. BIRTHPLACE (City and State or Foreign Country)		
8. WAS DECEDENT EVER IN U.S. ARMED FORCES? (Yes or no)		9a. PLACE OF DEATH (Check only one; see instructions on other side) HOSPITAL <input type="checkbox"/> Inpatient <input type="checkbox"/> Outpatient <input type="checkbox"/> DCA <input type="checkbox"/> OTHER: <input type="checkbox"/> Nursing Home <input type="checkbox"/> Residence <input type="checkbox"/> Other (Specify)					
9b. FACILITY NAME (If not institution, give street and number)			9c. CITY, TOWN, OR LOCATION OF DEATH			9d. COUNTY OF DEATH	
10. MARITAL STATUS—Married, Never Married, Widowed, Divorced (Specify)		11. SURVIVING SPOUSE (If wife, give maiden name)		12a. DECEDENT'S USUAL OCCUPATION (Give kind of work done during most of working life. Do not use retired.)		12b. KIND OF BUSINESS/INDUSTRY	
13a. RESIDENCE—STATE	13b. COUNTY	13c. CITY, TOWN, OR LOCATION		13d. STREET AND NUMBER			
13e. INSIDE CITY LIMITS? (Yes or no)	13f. ZIP CODE	14. WAS DECEDENT OF HISPANIC ORIGIN? (Specify No or Yes—if yes, specify Cuban, Mexican, Puerto Rican, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Specify		15. RACE—American Indian, Black, White, etc. (Specify)		16. DECEDENT'S EDUCATION (Specify only highest grade completed) Elementary/Secondary (8-12) College (1-4 or 5)	

PARENTS

17. FATHER'S NAME (First, Middle, Last)	18. MOTHER'S NAME (First, Middle, Maiden Surname)
---	---

INFORMANT

19a. INFORMANT'S NAME (Type/Print)	19b. MAILING ADDRESS (Street and Number or Rural Route Number, City or Town, State, Zip Code)
------------------------------------	---

DISPOSITION

20a. METHOD OF DISPOSITION <input type="checkbox"/> Burial <input type="checkbox"/> Cremation <input type="checkbox"/> Removal from State <input type="checkbox"/> Donation <input type="checkbox"/> Other (Specify)	20b. PLACE OF DISPOSITION (Name of cemetery, crematory, or other place)	20c. LOCATION—City or Town, State
--	---	-----------------------------------

SEE DEFINITION
ON OTHER SIDE

21a. SIGNATURE OF FUNERAL SERVICE LICENSEE OR PERSON ACTING AS SUCH	21b. LICENSE NUMBER (of Licensee)	22. NAME AND ADDRESS OF FACILITY
---	-----------------------------------	----------------------------------

PRONOUNCING
PHYSICIAN ONLY

Complete items 23a-c only when certifying physician is not available at time of death to certify cause of death.	23a. To the best of my knowledge, death occurred at the time, date, and place stated. Signature and Title	23b. LICENSE NUMBER	23c. DATE SIGNED (Month, Day, Year)
--	--	---------------------	-------------------------------------

ITEM 24-26 MUST
BE FILLED BY
PHYSICIAN WHO
PRONOUNCES DEATH

24. TIME OF DEATH M	25. DATE PRONOUNCED DEAD (Month, Day, Year)	26. WAS CASE REFERRED TO MEDICAL EXAMINER/CORONER? (Yes or no)
------------------------	---	--

SEE INSTRUCTIONS
ON OTHER SIDE

27. PART I. Enter the diseases, injuries, or complications that caused the death. Do not enter the mode of dying, such as cardiac or respiratory arrest, shock, or heart failure. List only one cause on each line. IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition resulting in death) → a. _____ Due to (or as a consequence of): b. _____ Due to (or as a consequence of): c. _____ Due to (or as a consequence of): d. _____ Sequentially list conditions, if any, leading to immediate cause. Enter UNDERLYING CAUSE (Disease or injury that initiated events resulting in death) LAST		Approximate Interval Between Onset and Death
---	--	--

CAUSE OF
DEATH

PART II. Other significant conditions contributing to death but not resulting in the underlying cause given in Part I.		28a. WAS AN AUTOPSY PERFORMED? (Yes or no)	28b. WERE AUTOPSY FINDINGS AVAILABLE PRIOR TO COMPLETION OF CAUSE OF DEATH? (Yes or no)
--	--	--	---

29. MANNER OF DEATH <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Pending Investigation <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Could not be Determined <input type="checkbox"/> Homicide	30a. DATE OF INJURY (Month, Day, Year)	30b. TIME OF INJURY M	30c. INJURY AT WORK? (Yes or no)	30d. DESCRIBE HOW INJURY OCCURRED
30e. PLACE OF INJURY—At home, farm, street, factory, office, building, etc. (Specify)			30f. LOCATION (Street and Number or Rural Route Number, City or Town, State)	

SEE DEFINITION
ON OTHER SIDE

CERTIFIER

31a. CERTIFIER (Check only one) <input type="checkbox"/> CERTIFYING PHYSICIAN (Physician certifying cause of death when another physician has pronounced death and completed item 23) To the best of my knowledge, death occurred due to the cause(s) and manner as stated. <input type="checkbox"/> PRONOUNCING AND CERTIFYING PHYSICIAN (Physician both pronouncing death and certifying to cause of death) To the best of my knowledge, death occurred at the time, date, and place, and due to the cause(s) and manner as stated. <input type="checkbox"/> MEDICAL EXAMINER/CORONER On the basis of examination and/or investigation, in my opinion, death occurred at the time, date, and place, and due to the cause(s) and manner as stated.	31b. LICENSE NUMBER	31c. DATE SIGNED (Month, Day, Year)
---	---------------------	-------------------------------------

31d. SIGNATURE AND TITLE OF CERTIFIER	31e. LICENSE NUMBER	31f. DATE SIGNED (Month, Day, Year)
---------------------------------------	---------------------	-------------------------------------

32. NAME AND ADDRESS OF PERSON WHO COMPLETED CAUSE OF DEATH (ITEM 27) (Type/Print)
--

REGISTRAR

33. REGISTRAR'S SIGNATURE	34. DATE FILED (Month, Day, Year)
---------------------------	-----------------------------------

EV-14

MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCIÓN GENERAL SECTORIAL DE EPIDEMIOLOGÍA
DIRECCIÓN DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD
DIVISIÓN DE ESTADÍSTICAS VITALES
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
(QUE LLEVA EL REGISTRO PARA DEPENDENCIA)

N° MSAS: 00000

2. NÚMERO DEL CERTIFICADO

1. NÚMERO DE LA PARTIDA

I. INFORMACIÓN GENERAL

4. APELLIDOS DEL DEFUNTO			5. NOMBRES DEL DEFUNTO			6. CÉDULA DE IDENTIDAD		
7. SEXO			8. FECHA DE MUERTE			9. FECHA DE NACIMIENTO		
10. EDAD			11. ESTADO CIVIL			12. ESTADO DE DEFUNCIÓN		
13. PROFESIÓN			14. OCUPACIÓN			15. LUGAR DE NACIMIENTO		
16. SITIO DONDE OCURRIÓ LA MUERTE			17. LUGAR DE OCURRENCIA			18. LUGAR DE RESIDENCIA		

19. NOMBRES DE LA MADRE			20. APELLIDOS DE LA MADRE			21. EDAD		
22. PROFESIÓN			23. OCUPACIÓN			24. ESTADO DE DEFUNCIÓN		
25. NÚMERO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL (12 A 49 AÑOS)			26. PRESENCIA DE EMBARAZO			27. CAUSA DE MUERTE		
28. CAUSA DE MUERTE			29. CAUSA DE MUERTE			30. CAUSA DE MUERTE		

31. DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR			32. MÉDICO FIRMANTE			33. ASISTENCIA MÉDICA EN EL PROCESO QUE CONDUJO A LA MUERTE		
34. TIPO DE MUERTE			35. BREVE DESCRIPCIÓN DEL SUCCESO			36. LUGAR DEL SUCCESO		
37. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			38. FIRMA DEL MÉDICO			39. N° DEL MSAS		

40. FECHA			41. BREVE DESCRIPCIÓN DEL SUCCESO			42. LUGAR DEL SUCCESO		
43. TIPO DE MUERTE			44. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			45. FIRMA DEL MÉDICO		
46. TIPO DE MUERTE			47. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			48. FIRMA DEL MÉDICO		

49. TIPO DE MUERTE			50. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			51. FIRMA DEL MÉDICO		
52. TIPO DE MUERTE			53. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			54. FIRMA DEL MÉDICO		
55. TIPO DE MUERTE			56. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			57. FIRMA DEL MÉDICO		

58. TIPO DE MUERTE			59. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			60. FIRMA DEL MÉDICO		
61. TIPO DE MUERTE			62. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			63. FIRMA DEL MÉDICO		
64. TIPO DE MUERTE			65. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			66. FIRMA DEL MÉDICO		

67. TIPO DE MUERTE			68. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			69. FIRMA DEL MÉDICO		
70. TIPO DE MUERTE			71. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			72. FIRMA DEL MÉDICO		
73. TIPO DE MUERTE			74. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			75. FIRMA DEL MÉDICO		

76. TIPO DE MUERTE			77. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			78. FIRMA DEL MÉDICO		
79. TIPO DE MUERTE			80. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			81. FIRMA DEL MÉDICO		
82. TIPO DE MUERTE			83. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			84. FIRMA DEL MÉDICO		

85. TIPO DE MUERTE			86. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			87. FIRMA DEL MÉDICO		
88. TIPO DE MUERTE			89. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			90. FIRMA DEL MÉDICO		
91. TIPO DE MUERTE			92. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			93. FIRMA DEL MÉDICO		

94. TIPO DE MUERTE			95. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			96. FIRMA DEL MÉDICO		
97. TIPO DE MUERTE			98. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			99. FIRMA DEL MÉDICO		
100. TIPO DE MUERTE			101. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			102. FIRMA DEL MÉDICO		

103. TIPO DE MUERTE			104. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			105. FIRMA DEL MÉDICO		
106. TIPO DE MUERTE			107. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			108. FIRMA DEL MÉDICO		
109. TIPO DE MUERTE			110. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			111. FIRMA DEL MÉDICO		

112. TIPO DE MUERTE			113. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			114. FIRMA DEL MÉDICO		
115. TIPO DE MUERTE			116. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			117. FIRMA DEL MÉDICO		
118. TIPO DE MUERTE			119. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			120. FIRMA DEL MÉDICO		

121. TIPO DE MUERTE			122. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			123. FIRMA DEL MÉDICO		
124. TIPO DE MUERTE			125. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			126. FIRMA DEL MÉDICO		
127. TIPO DE MUERTE			128. RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN			129. FIRMA DEL MÉDICO		