



DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE DEFUNCION

(Consulte instrucciones al respaldo)

2 Fecha de la defunción

Día	Mes	Año

Nota: Este formulario debe ser enviado únicamente al Departamento Administrativo Nacional de Estadística por intermedio del Jefe de Zona.

1 LUGAR DE LA DEFUNCION

Departamento, Intendencia o Comisaría _____ Municipio _____

MURIO EN LA CABECERA MUNICIPAL? Si No

3 Nombres y apellidos del fallecido _____ Cédula número _____ Lugar de expedición _____

4 SEXO Hombre Mujer

5 EDAD

Si menos de un año: Años cumplidos _____ Meses _____ Días _____ Horas _____ Minutos _____

Si menos de un día: _____

6 ESTADO CIVIL Soltero Casado Viudo Otros _____

7 OCUPACION HABITUAL _____

8 LUGAR DE NACIMIENTO

Depto. Int. o Comisaría _____ Municipio _____ Fuera de Colombia. País _____

9 LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL (Para menores de 1 año la de la madre)

Depto. Int. o Comisaría _____ Municipio _____ Dirección del fallecido _____

10 RESIDIA EN LA CABECERA MUNICIPAL? Sí No

11 TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL MUNICIPIO DONDE MURIO

Años _____ Meses _____ Días _____

12 MURIO EN HOSPITAL O CLINICA? Nombre de la institución _____ En la casa? En otro lugar?

13 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE ESPECIFIQUE: Accid. Suicid. Homic.

14 LUGAR DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE: Casa, granja, oficina, calle, carretera, camino, etc. _____

15 COMO OCURRIO EL ACCIDENTE? Si herido (clase de arma); ahogado (lugar); atropellado (clase de vehículo); veneno, etc. _____

16 ESTANDO EN EL TRABAJO? Sí No

17 HUBO INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA? Sí No

En caso afirmativo, clase de operación _____ Causa o motivo de la operación _____

Día _____ Mes _____ Año _____

18 HUBO AUTOPSIA? Sí No

En caso afirmativo, hallazgos principales: _____

19 CAUSAS DE LA DEFUNCION (Para ser llenado por el médico únicamente)

Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente *

a) Debido a: _____

CAUSAS ANTECEDENTES: o estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar (c) la causa básica o fundamental.

b) Debido a: _____

c) _____

OTROS ESTADOS PATOLOG. IMPORT. que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo. _____

*No quiere decir con esto la manera o modo de morir, por ejemplo: debilidad cardíaca, astenia, etc.; significa propiamente la enfermedad o lesión o complicación que causó el fallecimiento.

20 ES EL MEDICO TRATANTE QUIEN EXPIDE EL CERTIFICADO DE DEFUNCION? Sí No

EN CASO AFIRMATIVO: a) Desde qué fecha prestó atención médica al fallecido? Día _____ Mes _____ Año _____

b) Hasta que fecha prestó atención médica al fallecido? Día _____ Mes _____ Año _____

c) Día y hora de la defunción Día _____ Hora _____

21 SI NO FUE EL MEDICO TRATANTE, cómo se determinó la causa probable de la muerte?

Autopsia? Reconocimiento del cadáver? Interrogatorio a los familiares o testigos?

22 Nombre del médico (en letras de imprenta) _____ Dirección _____ Firma y número del registro del diploma _____

23 MUERTE SIN CERTIFICACION MEDICA

Causa probable _____ Porqué no hubo certificación médica? _____

24 Nombre del informante _____ Dirección _____ Firma _____

25 Número de la licencia _____ LUGAR DE EXPEDICION DE LA LICENCIA DE INHUMACION

Depto. Int. o Comisaría _____ Municipio _____ Corregimiento _____

26 Fecha de expedición de la licencia _____ Nombre de la oficina _____ Firma y sello _____

NO ESCRIBA EN ESTA COLUMNA (Para codificar el DANE)

1. Lugar de muerte

2. Mes de la defunción

3. Sexo

4. Edad

5. Estado civil

6. Ocupación

7. Lugar de nacimiento

8. Zona de residencia habitual (urbana o rural)

9. Hospital, clínica, casa, etc.

10. Causa de la defunción

11. Certificado médico