DANE
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

República de colombia

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Libertad y Orden

CONFIDENCIAL
Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales y están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Art.5°

(Consulte instrucciones al respaldo) N° A

I. INFORMACIÓN GENERAL

1. TIPO DE DEFUNCIÓN
Muerte fetal: 1 ☐ Sí 2 ☐ No

2. FECHA DE DEFUNCIÓN
Año ____ Mes ____ Día ____

3. HORA DE DEFUNCIÓN
Hora ____ Minutos ____ AM ☐ PM ☐ 8 ☐ Sin establecer

4. SEXO
1 ☐ Masculino 2 ☐ Femenino 3 ☐ Indeterminado

5. LUGAR DE DEFUNCIÓN
Departamento ____
Municipio ____
Inspección, corregimiento, caserío, comuna o alcaldía m. ____

6. ÁREA DE DEFUNCIÓN
1 ☐ Cabecera municipal
2 ☐ Centro poblado (inspección, corregimiento o caserío)
3 ☐ Rural disperso

7. SITIO DE DEFUNCIÓN
1 ☐ Hospital/clínica 2 ☐ Centro/puesto de salud
3 ☐ Casa/domicilio 4 ☐ Lugar de trabajo
5 ☐ Vía pública 6 ☐ Otro 9 ☐ Sin inf.
Nombre Institución ____
Código ____

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 IDENTIFICACIÓN
1 ☐ T.I. 2 ☐ C.C. 3 ☐ C.E.
4 ☐ Pasaporte 5 ☐ NUIP 9 ☐ Sin información
No. ____

10. FECHA DE NACIMIENTO
Año ____ Mes ____ Día ____

11. EL FALLECIDO ERA
1 ☐ Soltero 2 ☐ Casado
3 ☐ Viudo 4 ☐ En unión libre
5 ☐ Separado o divorciado 9 ☐ Sin información

12. 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) ____

13. 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

14. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL (para la muerte fetal o de menor de 2 años, el de la madre)
☐ Contributivo ☐ Particular
☐ Subsidiado ☐ Otro
☐ Vinculado ☐ Ignorado

15. EL LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL (para la muerte fetal o de menor de 2 años, el de la madre)
País ____
Departamento ____
Municipio ____

16. ÁREA DE RESIDENCIA (para la muerte fetal o de menor de 2 años, la de la madre)
1 ☐ Cabecera municipal
Barrio ____
Dirección ____ Sector ____ Sección ____
2 ☐ Centro poblado (inspección, corregimiento o caserío) Nombre ____ Código ____
3 ☐ Rural disperso Vereda ____ Sector ____

17. PROBABLE MANERA DE MUERTE
1 ☐ Natural 2 ☐ Violenta 3 ☐ En estudio

18. 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 ____

Gratuito

II. DEFUNCIONES FETALES O DE MENORES DE UN AÑO

19. LA MUERTE OCURRIÓ CON RELACIÓN AL PARTO
1 ☐ Antes 2 ☐ Durante
3 ☐ Después 4 ☐ Ignorado

20. PARTO
1 ☐ Espontáneo 2 ☐ Cesárea
3 ☐ Instrumentado 4 ☐ Ignorado

21. EMBARAZO
1 ☐ Simple
2 ☐ Múltiple

22. TIEMPO DE GESTACIÓN EN SEMANAS
____ ☐ Ignorado

23. PESO AL NACER
____ Gramos

DATOS DE LA MADRE 24. APELLIDO (S) Y NOMBRE (S) ____

25. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
1 ☐ T.I. 2 ☐ C.C. 3 ☐ C.E.
4 ☐ Pasaporte 5 ☐ NUIP 9 ☐ Sin información
No. ____

26. EDAD (años cumplidos) ____

27. NÚMERO DE HIJOS (incluyendo el presente)
Nacidos vivos ____ Nacidos muertos ____

28. LA MADRE ES
1 ☐ Soltera 2 ☐ Casada
3 ☐ Viuda 4 ☐ En unión libre
5 ☐ Separada o divorciada 9 ☐ Sin información

29. 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

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

30. ¿ESTABA EMBARAZADA CUANDO FALLECIÓ?
1 ☐ Sí (pase a 33) 2 ☐ No 9 ☐ Sin información

31. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS?
1 ☐ Sí (pase a 33) 2 ☐ No 9 ☐ Sin información

32. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?
1 ☐ Sí 2 ☐ No 9 ☐ Sin información

IV. MUERTES VIOLENTAS

33. PROBABLE MANERA DE MUERTE
1 ☐ Suicidio 2 ☐ Homicidio
3 ☐ Accidente de tránsito 4 ☐ Otro accidente
5 ☐ En estudio (sólo Medicina Legal)

34. ¿CÓMO OCURRIÓ EL HECHO? Si herido (clase de arma); ahogado (lugar); atropellado (clase de vehículo); otros (veneno, etc). ____

35. LUGAR O DIRECCIÓN DE OCURRENCIA DEL HECHO ____

V. CAUSAS DE DEFUNCIÓN PARA TODOS LOS CASOS

36. CÓMO DETERMINÓ LA CAUSA DE MUERTE
1 ☐ Necropsia 2 ☐ Historia clínica 3 ☐ Pruebas de laboratorio 4 ☐ Interrogatorio a familiares o testigos

37. ¿RECIBIÓ ASISTENCIA MÉDICA DURANTE EL PROCESO QUE LO LLEVÓ A LA MUERTE?
1 ☐ Sí 2 ☐ No 3 ☐ Ignorado

38. CAUSAS (en caso de muerte fetal, o de menores de 28 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en (c) y (d) (CONSIGNE UNA CAUSA POR LÍNEA)

		Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte
I. CAUSA DIRECTA Mecanismo o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente.	a) ____ Debido a:	
CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada en a), mencionándose en, el último lugar, la causa básica o fundamental	b) ____ Debido a:	
	c) ____ Debido a:	
	d) ____	
II. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS IMPORTANTES Que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	____	Causa básica

39. MUERTE SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA
Causa probable de muerte ____

40. LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
____ Año ____ Mes ____ Día ____
Firma y Nro. de tarjeta profesional o registro ____

PARA EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

de junio/impreso en la Dirección de Difusión, Mercadeo y Cultura Estadística del DANE, 17 de junio de 2004 Forma DANE D-030