



CONFIDENCIAL

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

1. NÚMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

(Consulte instrucciones anexas)

I. INFORMACIÓN GENERAL

2. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Departamento _____

Municipio _____

3. ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

1. Cabecera municipal 2. Centro poblado _____ 3. Rural disperso
- Inspección, corregimiento o caserío

4. SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

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

5. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

_____ Código

6. TIPO DE DEFUNCIÓN

1. Fetal 2. No fetal

7. FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Año Mes Día

8. HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Hora Minutos Sin establecer

9. SEXO DEL FALLECIDO

1. Masculino 2. Femenino 3. Indeterminado

Si la muerte es fetal, pase a la pregunta 19

10. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido _____

Segundo apellido _____

Primer nombre _____

Segundo nombre _____

11. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

1. Registro civil 2. Tarjeta de identidad 3. Cédula de ciudadanía
4. Cédula de extranjería 5. Pasaporte 9. Sin información

12. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

13. FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO

Año Mes Día

14. ESTADO CONYUGAL DEL FALLECIDO

1. No estaba casado(a) y llevaba dos o más años viviendo con su pareja
2. No estaba casado(a) y llevaba menos de dos años viviendo con su pareja
3. Estaba separado(a), divorciado(a)
4. Estaba viudo(a)
5. Estaba soltero(a)
6. Estaba casado(a)
9. Sin información

15. EDAD DEL FALLECIDO

0. Menor de una hora (en minutos) (00-59)
1. Menor de un día (en horas) (01-23)
2. Menor de un mes (en días) (01-29)
3. Menor de un año (en meses) (01-11)
4. De un año o más (en años cumplidos)
- Edad

16. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ EL FALLECIDO

1. Preescolar 2. Básica primaria 3. Básica secundaria 4. Media académica o clásica 5. Media técnica 6. Normalista 7. Técnica profesional 8. Tecnológica
9. Profesional 10. Especialización 11. Maestría 12. Doctorado 13. Ninguno 99. Sin información

Último año o grado aprobado

17. LA OCUPACIÓN PUDO SER CAUSA O ESTAR ASOCIADA CON LA DEFUNCIÓN

1. Sí 2. No
- Accidente de trabajo
- Enfermedad profesional

¿Cuál fue la última ocupación habitual del fallecido? _____

18. DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCÍA COMO:

1. Indígena ¿A cuál pueblo indígena pertenecía? _____
2. Rom (gitano) 3. Raizal del Archipiélago de San Andrés y Providencia 4. Palenquero de San Basilio
5. Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente 6. Ninguno de los anteriores

19. LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, EL DE LA MADRE)

País _____

Departamento _____

Municipio _____

20. ÁREA DE RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, EL DE LA MADRE)

1. Cabecera municipal Barrio _____
- Dirección _____ Localidad o comuna _____
2. Centro poblado (inspección, corregimiento o caserío) _____
3. Rural disperso Vereda _____

21. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DEL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, EL DE LA MADRE)

1. Contributivo 2. Subsidiado 3. Excepción
4. Especial 5. No asegurado

22. ENTIDAD ADMINISTRADORA EN SALUD A LA QUE PERTENECIÓ EL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, LA ENTIDAD ADMINISTRADORA A LA QUE PERTENECE LA MADRE)

- Tipo de administradora 1. Entidad Promotora de Salud 2. Entidad Promotora de Salud-Subsidiado 3. Entidad Adaptada de Salud
4. Entidad Especial de Salud 5. Entidad Exceptuada de Salud

Nombre de la administradora _____

23. PROBABLE MANERA DE MUERTE

1. Natural 2. Violenta
3. En estudio

24. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN EXPEDIDO POR:

1. Médico tratante 2. Médico no tratante 3. Médico legista
4. Personal de salud autorizado 5. Funcionario del Registro Civil

II. DEFUNCIONES FETALES O DE MENORES DE UN AÑO

25. LA MUERTE FETAL O DEL MENOR DE UN AÑO OCURRIÓ CON RELACIÓN AL PARTO

1. Antes 2. Durante
3. Después 4. Ignorado

26. TIPO DE PARTO –EL FETO O EL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO NACIÓ POR PARTO:

1. Espontáneo 2. Cesárea
3. Instrumentado 4. Ignorado

27. MULTIPLICIDAD –EL FETO O EL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO NACIÓ DE UN EMBARAZO:

1. Simple 2. Doble 3. Triple
4. Cuádruple o más 5. Ignorado

28. TIEMPO DE GESTACIÓN DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO

Semanas completas Ignorado

29. PESO AL NACER DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO

Gramos **➔ Continuar al respaldo**

II. DEFUNCIONES FETALES O DE MENORES DE UN AÑO (conclusión)

DATOS DE LA MADRE DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO

30. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

31. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE

1. Registro civil 2. Tarjeta de identidad 3. Cédula de ciudadanía
 4. Cédula de extranjería 5. Pasaporte 9. Sin información

32. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

33. EDAD DE LA MADRE

Años cumplidos

34. NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y NACIDOS MUERTOS DE LA MADRE (INCLUYENDO EL PRESENTE)

1. Nacidos vivos 2. Nacidos muertos

35. ESTADO CONYUGAL DE LA MADRE

1. No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja 2. No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja 3. Está separada, divorciada
 4. Está viuda 5. Está soltera 6. Está casada
 9. Sin información

36. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ LA MADRE

1. Preescolar 2. Básica primaria 3. Básica secundaria 4. Media académica o clásica 5. Media técnica 6. Normalista 7. Técnica profesional 8. Tecnológica
 9. Profesional 10. Especialización 11. Maestría 12. Doctorado 13. Ninguno 99. Sin información

Último año o grado aprobado

III. DEFUNCIONES DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL (10 A 54 AÑOS)

37. ¿ESTABA EMBARAZADA CUANDO FALLECIÓ?

1. Sí (Pase a 40) 2. No
 9. Sin información

38. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS?

1. Sí (Pase a 40) 2. No
 9. Sin información

39. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?

1. Sí (Pase a 40) 2. No
 9. Sin información

IV. MUERTES VIOLENTAS

40. PROBABLE MANERA DE MUERTE 1. Suicidio 2. Homicidio 3. Accidente de tránsito 4. Otro accidente 5. En estudio

41. ¿CÓMO OCURRIÓ EL HECHO? Si herido (clase de arma); ahogado (quebrada, río, pozo, piscina, etc.); atropellado (vehículo de motor, bicicleta, de tracción animal, etc. y especificar si el fallecido era conductor, pasajero o peatón); si fue envenenado (la clase de veneno, droga, medicamento, gases o vapores).

42. LUGAR O DIRECCIÓN DE OCURRENCIA DEL HECHO

Departamento

Municipio

Dirección de ocurrencia del hecho

V. CAUSAS DE DEFUNCIÓN PARA TODOS LOS CASOS

43. ¿CÓMO DETERMINÓ LA CAUSA DE MUERTE?

1. Necropsia 2. Historia clínica 3. Pruebas de laboratorio 4. Interrogatorio a familiares o testigos

44. ¿RECIBIÓ ASISTENCIA MÉDICA DURANTE EL PROCESO QUE LO LLEVÓ A LA MUERTE?

1. Sí 2. No 3. Ignorado

45. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (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 línea):

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: _____

Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte

Tiempo Unidad de medida (minutos, horas, días, semanas, meses, años)

46. MUERTE SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA (CERTIFICADO EXPEDIDO POR PERSONAL DE SALUD AUTORIZADO [ENFERMERO[A], AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PROMOTOR[A]DE SALUD])

CAUSA PROBABLE DE MUERTE _____

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

47. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

48. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

1. Cédula de ciudadanía
 2. Cédula de extranjería
 3. Pasaporte

49. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)

50. PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

1. Médico 2. Enfermero(a)
 3. Auxiliar de enfermería 4. Promotor(a) de salud
 5. Funcionario de registro civil

51. REGISTRO PROFESIONAL

52. LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento

Municipio

Año Mes Día

53. FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN
