

# CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN Y ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD FETAL

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

## A. USO EXCLUSIVO MÉDICO (O MATRÓN/A EN CASO DE DEFUNCIÓN FETAL)

3933028

1.-NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO/A						CÉDULA DE IDENTIDAD								
<i>Iris Griselma Núñez Ochandía</i>						7598949-0								
SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> M: MASCULINO <input type="checkbox"/> F: FEMENINO <input type="checkbox"/> I: INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO	30	10	1949	Dia	Mes	Año	EDAD	Años Cumplidos	75			
						Sólo si es menor de un año					Meses	Días	Horas	Min.

TESTIGOS QUE CERTIFICAN LA IDENTIDAD DEL DIFUNTO/A: (Cuando no tiene Cédula de Identidad)

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

## 2.-DATOS DE LA DEFUNCIÓN

FECHA	Dia	Mes	Año	HORA	Hora	Minutos	Peso al nacer (grs)	Semanas gestación	Estado Nutritivo previo a la enfermedad			
17042025	17	04	2025	23	10				<input type="checkbox"/> 1: Eutrófico	<input type="checkbox"/> 2: Desnutrición grado I	<input type="checkbox"/> 3: Desnutrición grado II	<input type="checkbox"/> 4: Desnutrición grado III

LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN	ESTABLECIMIENTO O DIRECCIÓN	COMUNA
<input checked="" type="checkbox"/> 1: Hospital o Clínica 2: Casa habitación 3: Otro	<i>Hospital San José Doc Comen</i>	<i>Copiapo</i>

## 3.-CAUSA DE LA MUERTE. En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.

CAUSA INMEDIATA: (Enfermedad o condición que produjo directamente la muerte)	DURACIÓN ENFERMEDAD	USO M. SALUD
<i>Febromagra Digestiva Baja</i>	<i>20d</i>	
« Debida a » o « Como consecuencia de »		
CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente, suicidio u homicidio que ocasionó la causa inmediata)		
<i>Anemia</i>	<i>20d</i>	
« Debida a » o « Como consecuencia de »		
<i>Cardiopatía MTA Y anemias</i>		

ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES, (Contribuyentes a la defunción pero fuera de la cadena causal)	
<i>PAM, FER, Anemias Reta Abdominal, Orlato</i>	

4.-FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE	EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE		
<input checked="" type="checkbox"/> 5 1: Autopsia 2: Biopsia 3: Operación 4: Exs. Laboratorio 5: Cuadro Clínico 6: Información de Testigos	LUGAR DE OCURRENCIA	CIRCUNSTANCIAS	TIPO
	<input type="checkbox"/> 1: Casa 2: Vía Pública 3: Trabajo 4: Otro	<input type="checkbox"/> 1: Peatón 2: Conductor 3: Pasajero 4: Otra	<input type="checkbox"/> 1: Accidente 2: Suicidio 3: Homicidio 4: Otro

ATENCIÓN MÉDICA ÚLTIMA ENFERMEDAD	CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA:		FECHA CERTIFICADO			<i>Luz Blanco Acuarela</i> <i>20-10-2013 400-5</i>
<input checked="" type="checkbox"/> 1: Sí 2: No 9: Ignorado	MÉDICO	OTROS	Dia	Mes	Año	
	<input checked="" type="checkbox"/> 1: Tratante 2: Legista 3: Patólogo 3: Otro	<input type="checkbox"/> 4: Información de Matrón/a 5: Testigos 9: Ignorado	17	04	2025	
Nombre Médico: <i>D.R. HAO A GUANCO ACUARELA</i>	Rut: <i>261234005</i>	Teléfono: <i>990007328</i>				<i>HOSPITAL REGIONAL DE COQUILLO TUJANO</i> <i>UNIDAD TRATAMIENTOS INTERMEDIOS</i>
Domicilio: <i>LOS CANTEROS 5320</i>				<i>Firma Médico y Sello Establecimiento</i>		

## B. INFORMACIÓN ESTADÍSTICA (USO EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL O ADMINISTRACIÓN CEMENTERIOS)

RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO/A (CALLE Y NÚMERO O LOCALIDAD Y COMUNA)				USO INE
INSTRUCCIÓN	NIVEL	OCCUPACIÓN	USO INE	NIVEL OCUPACIONAL
Último Curso	1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno			1: Patrón/a 2: Empleado/a 3: Obrero/a 4: Trabajadora por cuenta propia

## 5.-SÓLO PARA FALLECIDO/A MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL.

Nombre de la persona gestante / madre / progenitor/a

ESTADO CIVIL	HIJOS/A: Incluyendo presente inscripción				FECHA PARTO / ABORTO ANTERIOR AL PRESENTE HIJO			
<input type="checkbox"/> S: Soltera C: Casada V: Viuda	D: Divorciada A: Conviviente civil J: Separada judicialmente	Vivos/as	Fallecidos/as	Mortinatos	Total	<input type="checkbox"/> 1.-Parto 2.-Aborto	USO INE	NIVEL OCUPACIONAL
EDAD	INSTRUCCIÓN	1: Superior	OCCUPACIÓN					