

# 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)

3933028

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

1.- NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO/A <b>IRIS GRICELDA NUÑEZ OCHANDÍA</b>						CÉDULA DE IDENTIDAD <b>7598949-0</b>									
SEXO	<b>F</b>	M: MASCULINO F: FEMENINO I: INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO	<b>30</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>49</b>	EDAD Años Cumplidos	<b>75</b>	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						SOLO PARA FALLECIDO/A MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL									
Día	FECHA Mes	Año	HORA Hora	Minutos	Peso al nacer (grs)	Semanas gestación	Estado Nutritivo previo a la enfermedad								
<b>1</b>	<b>7</b>	<b>04</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	<b>10</b>		<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 <input type="checkbox"/> 9: Ignorado							
LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN			ESTABLECIMIENTO O DIRECCIÓN						COMUNA						
<b>1</b>			<b>HOSPITAL SAN JOSÉ DEL CARMEN</b>						<b>CORIPALÓ</b>						
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)															
a) <b>HEMORRAGIA VENTRICA BAJA</b>															
« Debida a » o « Como consecuencia de »															
CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente, suicidio u homicidio que ocasionó la causa inmediata)															
b) <b>ANEMIA</b>															
« Debida a » o « Como consecuencia de »															
c) <b>CANDIDIASIS MTA Y GONORRREA</b>															
II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES, (Contribuyentes a la defunción pero fuera de la cadena causal)															
<b>PAM, FER, Anemia Auto Abdominal, Pre-eclampsia</b>															
4.- FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE						EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE									
<b>5</b>						LUGAR DE OCURRENCIA			CIRCUNSTANCIAS			TIPO			
<input type="checkbox"/> 1: Autopsia <input type="checkbox"/> 2: Biopsia <input type="checkbox"/> 3: Operación <input type="checkbox"/> 4: Exs. Laboratorio <input type="checkbox"/> 5: Cuadro Clínico <input type="checkbox"/> 6: Información de Testigos						<input type="checkbox"/> 1: Casa <input type="checkbox"/> 2: Vía Pública <input type="checkbox"/> 3: Trabajo <input type="checkbox"/> 4: Otro			<input type="checkbox"/> 1: Peatón <input type="checkbox"/> 2: Conductor <input type="checkbox"/> 3: Pasajero <input type="checkbox"/> 4: Otra			<input type="checkbox"/> 1: Accidente <input type="checkbox"/> 2: Suicidio <input type="checkbox"/> 3: Homicidio <input type="checkbox"/> 4: Otro			
ATENCIÓN MÉDICA ÚLTIMA ENFERMEDAD		CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA:		FECHA CERTIFICADO		Dr. Lina Blanco Acuña Rut: 26.133.400-5 Teléfono: 990807322 Domicilio: LOS CAMEROS 2320 Firma Médico y Sello Establecimiento									
<b>1</b>		<b>1</b>		<b>17042025</b>											
<input type="checkbox"/> 1: Sí <input type="checkbox"/> 2: No <input type="checkbox"/> 9: Ignorado		<input type="checkbox"/> 1: Tratante <input type="checkbox"/> 2A: Legista <input type="checkbox"/> 2B: Patólogo <input type="checkbox"/> 3: Otro <input type="checkbox"/> 4: Información de Matrón/a <input type="checkbox"/> 5: Testigos <input type="checkbox"/> 9: Ignorado													

## 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		1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno		OCUPACIÓN		USO INE		NIVEL OCUPACIONAL					
Último Curso		Nivel						<input type="checkbox"/> 1: Patrón/a <input type="checkbox"/> 2: Empleado/a <input type="checkbox"/> 3: Obrero/a <input type="checkbox"/> 4: Trabajador/a por cuenta propia					
5.- SÓLO PARA FALLECIDO/A MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL.										<input type="checkbox"/> 1.- MENOR DE UN AÑO <input type="checkbox"/> 2.- DEFUNCIÓN FETAL			
Nombre de la persona gestante / madre / progenitor/a													
ESTADO CIVIL				HIJOSA/S: Incluyendo presente inscripción				FECHA PARTO / ABORTO ANTERIOR AL PRESENTE HIJO					
<input type="checkbox"/> S: Soltera <input type="checkbox"/> C: Casada <input type="checkbox"/> V: Viuda <input type="checkbox"/> D: Divorciada <input type="checkbox"/> A: Conviviente civil <input type="checkbox"/> J: Separada judicialmente				Vivos/as   Fallecidos/as   Mortinatos   Total				<input type="checkbox"/> 1.- Parto <input type="checkbox"/> 2.- Aborto					
								Día   Mes   Año					
EDAD		INSTRUCCIÓN		OCUPACIÓN		USO INE		NIVEL OCUPACIONAL					
		1: Superior											