

CERTIFICADO MEDICO 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 MEDICO (O MATRONA EN CASO DE DEFUNCIÓN FETAL)

3540849

1.- NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO Ines Toledo Saavedra						CÉDULA DE IDENTIDAD 3697033-2					
SEXO ☒ M. MASCULINO ☐ F. FEMENINO ☐ INDETERMINADO		FECHA DE NACIMIENTO 28/07/1932		EDAD Años Cumplidos 90		Sólo si es menor de un año Meses Días Horas Min.					
TESTIGOS QUE CERTIFICAN LA IDENTIDAD DEL DIFUNTO: (Cuando no tiene Cédula de Identidad)											
1. Nombre: _____				C.I. _____				Firma: _____			
2. Nombre: _____				C.I. _____				Firma: _____			
2.- DATOS DE LA DEFUNCIÓN						SOLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL					
FECHA Día 27 Mes 03 Año 2023			HORA Hora 08 Minutos 50			Peso al nacer (grs)			Semana gestación		
LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN ☒ 1: Hospital o Clínica ☐ 2: Casa habitación ☐ 3: Otro			ESTABLECIMIENTO O DIRECCIÓN El Avellano 1524						COMUNA Cerro Navia		
3.- CAUSA DE LA MUERTE. En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.						DURACIÓN ENFERMEDAD			USO M. SALUD		
I CAUSA INMEDIATA: (Enfermedad o condición que produjo directamente la muerte) a) Paro Cardio-Respiratorio - Detida a- e - Como consecuencia de-											
CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente, suicidio u homicidio que ocasionó la causa inmediata) b) Insuficiencia Renal - Detida a- e - Como consecuencia de-											
c) _____											
II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES, (Contribuyentes a la defunción pero fuera de la cadena causal) Alzheimer, Hipertensión arterial											
4.- FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE						EN CASO DE MUERTE VIOLENTE O ACCIDENTE					
☒ 1: Autopsia ☐ 2: Biopsia ☐ 3: Operación						☐ 4: Exs. Laboratorio ☐ 5: Cuadro Clínico ☐ 6: Información de Testigos					
LUGAR DE OCURRENCIA ☐ 1: Casa ☐ 2: Via Pública ☐ 3: Trabajo ☐ 4: Otro						CIRCUNSTANCIAS ☐ 1: Peatón ☐ 2: Conductor ☐ 3: Pasajero ☐ 4: Otro					
TIPO ☐ 1: Accidente ☐ 2: Suicidio ☐ 3: Homicidio ☐ 4: Otro											
ATENCIÓN MÉDICA ÚLTIMA ENFERMEDAD ☒ 1: Sí ☐ 2: No ☐ 3: Ignorado		CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA: MÉDICO ☒ OTROS ☐		FECHA CERTIFICADO Día 27 Mes 03 Año 2023		 Dra. Lexibeth García R. Rut. 27.106.449-7 Médico Cirujano					
Nombre Médico: Lexibeth García Rodríguez		Rut. 27.106.449-7		Teléfono: 220125147							
Domicilio: Sado 7965, Cerro Navia											

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

RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (CALLE Y NÚMERO O LOCALIDAD Y COMUNA)								USO INE			
INSTRUCCIÓN Última Curso ☐ Nivel ☐		1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguna		OCUPACIÓN				USO INE		NIVEL OCUPACIONAL 1: Patron 2: Empleado 3: Obrero 4: Trabajador por cuenta propia	
5.- SÓLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL								☐ 1.- MENOR DE UN AÑO ☐ 2.- DEFUNCIÓN FETAL			
Nombre de la Madre											
ESTADO CIVIL ☐ S. Soltero ☐ C. Casado ☐ V. Viudo				HIJOS: Incluyendo presente inscripción Vivos Fallecidos Mortuorios Total				FECHA PARTO / ABORTO ANTERIOR AL PRESENTE HIJO ☐ 1.- Parto ☐ 2.- Aborto Día Mes Año			
EDAD Años cumpl.		INSTRUCCIÓN Última Curso Nivel		OCUPACIÓN				USO INE		NIVEL OCUPACIONAL 1: Patron 2: Empleado 3: Obrero 4: Trabajador por cuenta propia	
Nombre del Padre											
EDAD Años cumpl.		INSTRUCCIÓN Última Curso Nivel		OCUPACIÓN				USO INE		NIVEL OCUPACIONAL 1: Patron 2: Empleado 3: Obrero 4: Trabajador por cuenta propia	

ORIGINAL : SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN