

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
(PARA FALLECIDOS DE 28 DÍAS Y MÁS)

Nº.

1. 1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRE (S)	2. No. DE IDENTIDAD :
------------------	---------------	------------	-----------------------

3. EDAD: <input type="checkbox"/> DÍAS <input type="checkbox"/> MESES <input type="checkbox"/> AÑOS	4. SEXO: <input type="checkbox"/> 1 MASC. <input type="checkbox"/> 2 FEM.	5. COLOR DE LA PIEL: <input type="checkbox"/> 1 Blanca <input type="checkbox"/> 2 Negra <input type="checkbox"/> 3 Mestiza	6. PESO AL NACER: (PARA MENORES DE UN AÑO. EN GRAMOS)	7. NIVEL DE ESCOLARIDAD TERMINADO: <input type="checkbox"/> 1 NINGUNA PRIMARIA <input type="checkbox"/> 2 SECUNDARIA BÁSICA <input type="checkbox"/> 3 OBRERO CALIFICADO <input type="checkbox"/> 4 PREUNI-VERSITARIO <input type="checkbox"/> 5 TÉCNICO MEDIO <input type="checkbox"/> 6 UNIVER-SITARIO <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 IGN.
---	--	--	---	--

8. ESTADO CONYUGAL: <input type="checkbox"/> 1 Casado(a) <input type="checkbox"/> 2 Unido(a) <input type="checkbox"/> 3 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 4 Separado(a) <input type="checkbox"/> 5 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 9 Igno(a).	9. OCUPACIÓN:	10. SI ES EXTRANJERO(A) LA RESIDENCIA ES: <input type="checkbox"/> 1 PERMANENTE <input type="checkbox"/> 2 TEMPORAL <input type="checkbox"/> 9 IGNORADA
--	---------------	---

11. DOMICILIO (CALLE, CARRETERA, FINCA, ETC.):	NÚMERO ó Km.
--	--------------

EDIFICIO:	APTO.:	ENTRE CALLES, BLOQUE, ZONA, REPARTO:	LOCALIDAD:
-----------	--------	--------------------------------------	------------

PROVINCIA:	MUNICIPIO:	ÁREA DE SALUD	POLICLÍNICO
------------	------------	---------------	-------------

12. HORA Y FECHA DE DEFUNCIÓN: <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. DÍA MES AÑO	13. SITIO DE LA DEFUNCIÓN: <input type="checkbox"/> 1 CUERPO DE GUARDIA HOSPITAL <input type="checkbox"/> 2 INGRESO HOSPITALARIO <input type="checkbox"/> 3 POLICLÍNICO <input type="checkbox"/> 4 OTRO CENTRO MÉDICO <input type="checkbox"/> 5 DOMICILIO <input type="checkbox"/> 6 OTRO LUGAR <input type="checkbox"/> 9 IGN.
--	--

LOCALIDAD:	PROVINCIA:	MUNICIPIO:
------------	------------	------------

14. SOLO PARA MUJERES ENTRE 10 A 54 AÑOS DE EDAD: ¿EN LOS DOCE MESES ANTES DE LA DEFUNCIÓN TUVO UN EMBARAZO? SI <input type="checkbox"/> 1 → EL EMBARAZO TERMINÓ EN: <input type="checkbox"/> 1 ABORTO <input type="checkbox"/> 2 PARTO POR CESÁREA <input type="checkbox"/> 3 PARTO TRANS-PELVIANO <input type="checkbox"/> 4 MURIÓ ESTANDO EMBARAZADA <input type="checkbox"/> 9 IGNORADO	FECHA DEL EVENTO: DÍA MES AÑO
--	-------------------------------

15. CAUSAS DE MUERTE:	TIEMPO APROXIMADO ENTRE EL INICIO DE LA CAUSA Y LA MUERTE	CÓDIGO:
a) CAUSA DIRECTA: Enfermedad o estado patológico que finalmente produjo la muerte.		
b) CAUSA QUE OCASIONÓ LO ANOTADO EN LA PARTE Ia): Causa que antecedió a la causa directa si existen. La última causa anotada en a) será la que inició todo el proceso patológico.		
c) CAUSA QUE OCASIONÓ LO ANOTADO EN LA PARTE Ib): Causa que antecedió a la causa directa si existen. La última causa anotada en b), será la que inició todo el proceso patológico.		
d) CAUSA QUE OCASIONÓ LO ANOTADO EN LA PARTE Ic): Causa que antecedió a la causa directa si existen. La última causa anotada en c) será la que inició todo el proceso patológico.		
OTRAS ENFERMEDADES SIGNIFICATIVAS QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADA CON LA CAUSA DIRECTA Ia)		

16. CONFIRMACIÓN DE LAS CAUSAS: <input type="checkbox"/> 1 CLÍNICA (EXCLUYE BIOPSIA) <input type="checkbox"/> 2 INVESTIGACIÓN <input type="checkbox"/> 3 OPERACIÓN <input type="checkbox"/> 4 BIOPSIA - Se solicitó realización de Necropsia SI 5 a) NO 5 b) SI 5 c) NO 5 d) RECONOCIMIENTO	17. CERTIFICACIÓN HECHA POR MÉDICO DE: <input type="checkbox"/> 1 GUARDIA <input type="checkbox"/> 2 ASISTENCIA <input type="checkbox"/> 3 FAMILIA <input type="checkbox"/> 4 LEGISTA <input type="checkbox"/> 5 OTRO
---	---

18. ¿SE REALIZÓ ALGUNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS?: SI <input type="checkbox"/> 1 → ESPECIFIQUE LA RAZÓN DE LA CIRUGÍA (ENFERMEDAD O CONDICIÓN) NO <input type="checkbox"/> 2 IGNORADO <input type="checkbox"/> 9
--

19. a) SI ES MUERTE VIOLENTA PARECE DEBERSE A: <input type="checkbox"/> 1 ACCIDENTE <input type="checkbox"/> 2 SUICIDIO <input type="checkbox"/> 3 HOMICIDIO <input type="checkbox"/> 4 OTRO <input type="checkbox"/> 5 POR INVESTIGAR	b) FECHA DE LA LESIÓN: DÍA MES AÑO	c) LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN: (Domicilio, vía pública, parque, hospital, otro)
--	------------------------------------	--

d) DESCRIPCIÓN DE CÓMO SE PRODUJO LA LESIÓN:
--

e) AUTORIDAD QUE SOLICITA LA ACTUACIÓN:	f) No. DE ACTA:
---	-----------------

NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MÉDICO:	No. REG. PROFESIONAL:	FIRMA:
NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MÉDICO:	No. REG. PROFESIONAL:	FIRMA:

PARA SER LLENADO POR EL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA			
CUÑO DE LA UNIDAD:	NOMBRE DE LA UNIDAD REGISTRADORA:	FECHA: DÍA MES AÑO	CÓDIGO:
	NOMBRE(S) Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO ACTUANTE:	CARGO:	No. REG. UNIDAD:
	MUNICIPIO DE ENTERRAMIENTO:	FIRMA:	No. PROVINCIAL:

INSTRUCCIONES GENERALES

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN: Esta parte del modelo se utilizará para registrar la defunción y autorizar el enterramiento. La primera parte la llena el médico y la segunda la Oficina del Registro del Estado Civil.

ORIENTACIONES PARA EL MÉDICO CERTIFICANTE

(Sobre causas de muerte)

• Cerciórese de la secuencia lógica de las enfermedades que anota como debidas unas a otras. Su relación debe ser causal, etiológica o patológica o, al menos, haber preparado el camino para que ocurriera lo que usted anotó como causa directa en la Parte I a).

_____ No emplee abreviaturas o siglas, excepto SIDA, EPOC y AVE agregando a éste la patogenia trombótica, hemorrágica, embólica u otra si la conoce.

_____ Anote una sola causa en cada renglón y no la repita. No siempre es necesario llenar todas las líneas b, c, d, pero es imprescindible que la causa que inició todo el proceso ocupe la última línea llenada en la Parte I.

_____ Debe prescindirse, en la certificación médica de las causas de muerte, de las palabras: **encamamiento, postración, senilidad, vejez, fallo de bomba, fallo cardíaco o de otros órganos, anoxia, caquexia** y otros términos, signos y síntomas, útiles en la práctica médica diaria, pero que no constituyen enfermedades propiamente dichas.

_____ Anote sistemáticamente el tiempo de duración de las enfermedades: 5 días; 6 meses; 19 años. Si no lo conoce con precisión, exprese una aproximación según lo que sepa; minutos, varios días, meses, más de 10 años.

_____ En Parte II anote las enfermedades coexistentes importantes, si existen, que a su juicio contribuyeron a la muerte, pero sin tener relación con la causa final o directa, que Ud. anotó en la Parte I a).

ESPECIFICAS:

Encamamiento o Postración: Esta no es una causa de defunción es un estado que presentaba el paciente, debe incluirse la causa que lo condicionó.

Bronconeumonía no hipostática; en edades avanzadas, pocas veces es la causa que inició el proceso (indique si existió enfermedad de base que la condicionara). Si es Hipostática; nunca es la causa inicial, agregue la enfermedad o condición morbosa que llevo a la inmovilización.

Tromboembolismo pulmonar, edema agudo del pulmón, sepsis generalizada, escaras, hemorragias, hemiplejias, deshidratación, peritonitis e insuficiencia de órganos; no suelen ser causas que iniciaron el proceso, sino consecuencias de otras que deben especificarse en el renglón siguiente.

Infarto agudo del miocardio, accidente vascular encefálico, tumor maligno: cerciórese que estas causas están confirmadas o hay evidencias clínicas para certificarlas.

Tumor: Especifique si maligno, benigno o indeterminado. Siempre que se conozca, anote el órgano y la parte de éste en que se localiza. Ej. a) Hipertensión endocraneana, b) Metástasis en cerebro, c) Carcinoma epidermoide de lóbulo superior pulmón derecho.

Arterioesclerosis generalizada: Cuando deba anotarla como causa básica, anote también entre ella y la causa final o directa, si le constan, localizaciones más precisas como arterioesclerosis cerebral, cardiosclerosis, nefroangioesclerosis. Ej. a) Infarto agudo del miocardio, b) cardioesclerosis, c) arterioesclerosis generalizada.

Causa violenta: Solo están bien certificadas cuando después de anotar las lesiones orgánicas, se anota el evento externo como causa que inició el proceso: caída, colisión, envenenamiento, sumersión u otra con las especificaciones que se solicitan en acápite 19.

Operación quirúrgica: Debe anotarse en el renglón que corresponda, cuando es necesario, para esclarecer de forma lógica la secuencia de causas que se certifica. Ej. a) sepsis generalizada, b) sepsis de la herida, c) apendicectomía, d) apendicitis aguda. Independiente al llenado del acápite 18.

Fractura de cadera: Anote cómo, dónde y cuándo ocurrió el evento.

SOBRE EL LLENADO DE ALGUNOS DATOS:

No. DE IDENTIDAD O FECHA DE NACIMIENTO: Si no dispone del documento de identidad, anote la fecha de nacimiento de izquierda a derecha en el siguiente orden: año, mes y día, el resto de los espacios se anulan con una línea continua.

Ej.: 10 de abril de 1932, se anota en orden inverso: /3/2/0/4/1/0/--/--/--/--/

COLOR DE LA PIEL: Incluir en "mestiza" cualquier otra no blanca o negra.

ESTADO CONYUGAL: se capta para las personas de 12 años y más

OCUPACIÓN: No anote "empleado(a)", "obrero(a)", "oficinista", etc. Detalle la ocupación que habitualmente realiza. Ejemplo: "Obrero(a) agrícola", "mecánico(a) automotor", "carpintero(a) ebanista", "ingeniero(a) civil". Si no trabaja, anote: "ama de casa", "estudiante", "desocupado(a)", "jubilado(a)", etc.

SITIO DE LA DEFUNCIÓN: Si la defunción ocurre en Cuerpo de Guardia de un policlínico se anota Policlínico, si es en el trayecto se anota en Otro lugar

SOLO PARA MUJERES DE ENTRE 10 A 54 AÑOS DE EDAD: En caso de existir más de un embarazo en los 12 meses previos a la defunción refiérase al último evento.

Si el certificado que se confecciona se refiere a una embarazada o púérpera responda igualmente la pregunta.

CERTIFICACIÓN HECHA: Guardia: Todo médico que se encuentre en esas funciones, incluye médico de familia, excluye legista

NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MÉDICO: Si muerte natural, certificará uno solo. Si muerte violenta certificarán dos, siempre que sea posible.

SI ES MUERTE VIOLENTA: Debe llenar los incisos a), b), c), d) y e), del acápite 19, el médico legista o el médico actuante en función.

INSCRIPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN EN EL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL: Talón desprendible que llena la Oficina del Registro del Estado Civil.

DOCTOR:

La atención que Usted preste a las anteriores orientaciones y la precisión con que registre las causas de muerte, están muy relacionadas con la calidad de la información estadística de la mortalidad nacional, y con la planificación del desarrollo prospectivo de la salud pública cubana.

Muchas Gracias

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Ministerio de Salud Pública SISTEMA DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA NACIONAL <small>MODELO 8111 (18-39-03)</small>	CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN (PARA FALLECIDOS DE 28 DÍAS Y MÁS)	Nº.
---	--	------------

PARA SER LLENADO EN LA UNIDAD DE SALUD

1. 1er. APELLIDO	2do. APELLIDO	NOMBRE (S)	2. No. DE IDENTIDAD :
3. EDAD: <input type="checkbox"/> DÍAS <input type="checkbox"/> MESES <input type="checkbox"/> AÑOS	4. SEXO: <input type="checkbox"/> 1 MASC. <input type="checkbox"/> 2 FEM.	5. COLOR DE LA PIEL: <input type="checkbox"/> 1 Blanco(a) <input type="checkbox"/> 2 Negro(a) <input type="checkbox"/> 3 Mestizo(a)	6. NIVEL DE ESCOLARIDAD TERMINADO: <input type="checkbox"/> 1 NINGUNA <input type="checkbox"/> 2 PRIMARIA <input type="checkbox"/> 3 SECUNDARIA BÁSICA <input type="checkbox"/> 4 OBRERO CALIFICADO <input type="checkbox"/> 5 PREUNI-VERSITARIO <input type="checkbox"/> 6 TÉCNICO MEDIO <input type="checkbox"/> 7 UNIVER-SITARIO <input type="checkbox"/> 9 IGN.
7. ESTADO CONYUGAL: <input type="checkbox"/> 1 Casado(a) <input type="checkbox"/> 3 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 4 Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2 Unido(a) <input type="checkbox"/> 4 Separado(a) <input type="checkbox"/> 5 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 9 Igno(a).	8. OCUPACIÓN:	9. SI ES EXTRANJERO(A) LA RESIDENCIA ES: <input type="checkbox"/> 1 PERMANENTE <input type="checkbox"/> 2 TEMPORAL <input type="checkbox"/> 9 IGNORADA	
10. DOMICILIO (CALLE, CARRETERA, FINCA, ETC.):			NÚMERO ó Km.
ENTRE CALLES, BLOQUE, ZONA, REPARTO:		LOCALIDAD:	PROVINCIA:
MUNICIPIO:		11. CAUSA DIRECTA DE MUERTE (15 la):	
12. HORA Y FECHA DE DEFUNCIÓN:		13. SITIO DE LA DEFUNCIÓN	
<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m. DÍA MES AÑO		<input type="checkbox"/> 1 CUERPO DE GUARDIA HOSPITAL <input type="checkbox"/> 2 INGRESO HOSPITALARIO <input type="checkbox"/> 3 POLICLÍNICO <input type="checkbox"/> 4 OTRO CENTRO MÉDICO <input type="checkbox"/> 5 DOMICILIO <input type="checkbox"/> 6 OTRO LUGAR <input type="checkbox"/> 9 IGN.	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL DECLARANTE:		No. DE IDENTIDAD :	FIRMA:
NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MÉDICO:		No. REG. PROFESIONAL:	FIRMA:
NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL MÉDICO:		No. REG. PROFESIONAL:	FIRMA:

PARA SER LLENADO POR EL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA DE LA UNIDAD

CUÑO DE LA UNIDAD:	NOMBRE DE LA UNIDAD	FECHA:	No. REG. UNIDAD:
		DÍA MES AÑO	
	NOMBRE(S) Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO	CARGO:	FIRMA

PARA SER LLENADO EN LA OFICINA DEL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL

SI NACIÓ EN CUBA, NATURAL DE:		NO NACIÓ EN CUBA:		CIUDADANÍA:	SI ES EXTRANJERO(A) LA RESIDENCIA ES:
PROVINCIA:	MUNICIPIO:	PAÍS:			<input type="checkbox"/> 1 PERMANENTE <input type="checkbox"/> 2 TEMPORAL
NOMBRE DEL PADRE:		NOMBRE DE LA MADRE:		DE LA INSCRIPCIÓN DE NACIMIENTO:	
OCUPACIÓN:	ESTADO CONYUGAL: <input type="checkbox"/> 1 Casado(a) <input type="checkbox"/> 2 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 Viudo(a) <input type="checkbox"/> 4 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 9 Igno(a).			TOMO:	FOLIO:
CEMENTERIO:		CREMATORIO:		MUNICIPIO:	

ORIGINAL DESTINADO AL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL

Oficina Nacional de Estadística e Información SISTEMA DE INFORMACIÓN ESTADÍSTICA NACIONAL (SIEN - DEMOGRAFÍA) <small>MODELO 8111</small>	INSCRIPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN EN EL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL (PARA FALLECIDOS DE 28 DÍAS Y MÁS)	Nº.
DATOS DE LA PERSONA FALLECIDA		
INSCRIPCIÓN	REGISTRO DEL ESTADO CIVIL DE:	No DE ORDEN: (ONE)
TOMO:	FOLIO:	
1. No. DE IDENTIDAD :	2. EDAD: <input type="checkbox"/> DÍAS 4 <input type="checkbox"/> MESES 5 <input type="checkbox"/> AÑOS 6	3. SEXO: <input type="checkbox"/> 1 MASC. <input type="checkbox"/> 3 FEM.
4. FECHA DE DEFUNCIÓN:		
DÍA MES AÑO		
5. COLOR DE LA PIEL: <input type="checkbox"/> 1 Blanca <input type="checkbox"/> 2 Negra <input type="checkbox"/> 3 Mestiza	6. NIVEL DE ESCOLARIDAD TERMINADO: <input type="checkbox"/> 1 NINGUNA <input type="checkbox"/> 2 PRIMARIA <input type="checkbox"/> 3 SECUNDARIA <input type="checkbox"/> 4 OBRERO CALIFICADO <input type="checkbox"/> 5 PREUNI-VERSITARIO <input type="checkbox"/> 6 TÉCNICO MEDIO <input type="checkbox"/> 7 UNIVER-SITARIO <input type="checkbox"/> 9 IGN.	7. ESTADO CONYUGAL: <input type="checkbox"/> 1 Casado(a) <input type="checkbox"/> 3 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 4 Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2 Unido(a) <input type="checkbox"/> 4 Separado(a) <input type="checkbox"/> 5 Soltero(a) <input type="checkbox"/> 9 Igno(a).
8. OCUPACIÓN:	9. SITIO DE LA DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> 1 CUERPO DE GUARDIA HOSPITAL <input type="checkbox"/> 2 INGRESO HOSPITALARIO <input type="checkbox"/> 3 POLICLÍNICO <input type="checkbox"/> 4 OTRO CENTRO MÉDICO <input type="checkbox"/> 5 DOMICILIO <input type="checkbox"/> 6 OTRO LUGAR <input type="checkbox"/> 9 IGN.	
10. SI ES EXTRANJERO(A) LA RESIDENCIA ES: <input type="checkbox"/> 1 PERMANENTE <input type="checkbox"/> 3 TEMPORAL		
11. RESIDENCIA HABITUAL (CALLE, CARRETERA, FINCA, ETC.):		NÚMERO ó Km.
ENTRE CALLES, BLOQUE, ZONA, REPARTO:		EDIFICIO:
12. PROVINCIA:		APTO.:
13. MUNICIPIO:		14. LOCALIDAD O ASENTAMIENTO: