



La salud es de todos

Minsalud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

1. NÚMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACION GENERAL

2. LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento: _____ Municipio: _____

3. ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

 Cabecera Municipal Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío) Rural Disperso

4. SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

 Hospital/Clinica Centro/Puesto de Salud Casa/Domicilio Lugar de Trabajo
 Vía Pública Otro Sitio ¿Cuál? _____ Sin Información

5. INSTITUCIÓN DE SALUD

Código _____ Razón social: _____

6. TIPO DE DEFUNCIÓN

 Fetal No fetal

7. FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Año _____ Mes _____ Día _____

8. HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Hora _____ Minutos _____ Sin establecer

9. PAÍS DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO

10. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO - Tipo de documento

 Registro Civil Tarjeta de Identidad Cédula de Ciudadanía Cédula de Extranjería
 Pasaporte Carné Diplomático Pasaporte de la ONU Permiso Especial de Permanencia
 Salvo Conducto de Permanencia Documento Extranjero Certificado de Nacido Vivo Permiso de Protección Temporal
 Adulto sin Identificar Menor sin Identificar Sin Información Otro ¿Cuál?: _____

11. NÚMERO DE DOCUMENTO

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

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

13. SEXO DEL FALLECIDO

 Masculino Femenino Indeterminado

14. FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO

Año _____ Mes _____ Día _____

15. ESTADO CONYUGAL DEL FALLECIDO

 No estaba casado(a) y llevaba dos o más años viviendo con su pareja
 No estaba casado(a) y llevaba menos de dos años viviendo con su pareja
 Estaba separado(a), Divorciado(a) Estaba viudo(a)
 Estaba soltero(a) Estaba casado(a) Sin información

16. TIPO DE EDAD DEL FALLECIDO

 Menor de una hora (en minutos)(00-59) 5. De un año o más (en años cumplidos)
 Menor de un día (en horas)(01-23)
 Menor de un mes (en días)(01-29) Edad _____
 Menor de un año (en meses)(01-11)

17. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ EL FALLECIDO

 Preescolar Básica Primaria Básica Secundaria Media académica o Clásica Media Técnica
 Normalista Técnica Profesional Tecnológica Profesional Especialización
 Maestría Doctorado Ninguno Sin información
Último año o grado aprobado _____

18. LA OCUPACIÓN PUDO SER CAUSA OESTAR ASOCIADA CON LA DEFUNCIÓN

 1. Si 2. No

18a. OCUPACIÓN HABITUAL

 Deportes Ocio Trabajo para obtener ingresos Otro trabajo
 Descansar, dormir, comer o participar en otras actividades vitales
 Otras actividades específicas Actividades no especificadas Sin información

18b. TIPO DE ASOCIACIÓN

 Accidente de trabajo Trabajo para obtener ingresos (ocupación)
 Enfermedad profesional

19. DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO

Indígena ROM (gitano) Raizal de Archipiélago de San Andrés y Providencia
 Palenquero de San Basilio Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
¿A cuál pueblo indígena pertenece? _____ Ninguno de los anteriores

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

País de residencia _____ Departamento _____ Municipio _____

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

 Cabecera municipal Barrio: _____ Localidad o comuna: _____

Dirección: _____

 Centro Poblado (inspección, corregimiento o caserío): _____ Rural Disperso (vereda): _____

22. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DEL FALLECIDO

 Contributivo Subsidiado Excepción Especial No asegurado

23. ENTIDAD ADMINISTRADORA EN SALUD A LA QUE PERTENECÍA:

24. PROBABLE MANERA DE MUERTE

 Natural No Natural
 En estudio

25. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN EXPEDIDO POR

 Médico(a) Tratante Médico(a) no Tratante Médico(a) Legista
 Personal de salud autorizado Funcionario(a) del Registro Civil

II. DEFUNCIONES FETALES O MENORES DE UN AÑO

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

 Antes Durante
 Después Sin información

27. TIPO DE PARTO. EL FETO O EL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO NACIÓ POR PARTO

 Espontáneo Cesárea
 Instrumentado Sin información

28. MULTIPLICIDAD. EL FETO O EL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO NACIÓ DE UN EMBARAZO

 Simple Doble Triple
 Cuádruple o más Sin información

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

_____ Semanas Sin información

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

_____ Gramos

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

31. PAÍS DE NACIMIENTO DE LA MADRE DEL FALLECIDO

32. IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE DEL FALLECIDO - Tipo de documento

 Registro Civil Tarjeta de Identidad Cédula de Ciudadanía Cédula de Extranjería
 Pasaporte Carné Diplomático Pasaporte de la ONU Permiso Especial de Permanencia
 Salvo Conducto de Permanencia Documento Extranjero Permiso de Protección Temporal Adulto sin Identificar
 Menor sin Identificar Sin Información Otro ¿Cuál?: _____

33. NÚMERO DE DOCUMENTO

DATOS DE LA MADRE DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO**34. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)**

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

35. EDAD DE LA MADRE

Años cumplidos

36. NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y NACIDOS MUERTOS (INCLUYENDO EL PRESENTE)

Nacidos vivos

Nacidos muertos

37. ESTADO CONYUGAL DE LA MADRE

- No estaba casado(a) y llevaba dos o más años viviendo con su pareja
 No estaba casado(a) y llevaba menos de dos años viviendo con su pareja
 Estaba separado(a), Divorciado(a) Estaba viudo(a)
 Estaba soltero(a) Estaba casado(a) Sin información

38. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ LA MADRE

- Preescolar Básica Primaria Básica Secundaria Media académica o Clásica Media Técnica
 Normalista Técnica Profesional Tecnológica Profesional Especialización
 Maestría Doctorado Ninguno Sin información Último año o grado aprobado

39. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LA MADRE DEL FALLECIDO

- Contributivo Subsidiado Excepción Especial No asegurado

40. Entidad administradora en salud a la que pertenecía:**III. DEFUNCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL (DE 10 A 54 AÑOS)****41. ¿ESTUVO EMBARAZADA?**

- Cuando falleció En los últimos 42 días (6 semanas) antes de la muerte
 Entre los 43 días y un año antes de la muerte No Sin información

42. ¿EL EMBARAZO CONTRIBUYÓ A LA MUERTE?

- Sí No
 Sin información

IV. DEFUNCIONES NO NATURALES**43. PROBABLE MANERA DE MUERTE NO NATURAL**

- Suicidio Homicidio Evento de transporte Otro accidente En estudio Sin información

44. ¿CÓMO OCURRIÓ EL HECHO?

45. LUGAR O DIRECCIÓN DE OCURRENCIA DEL HECHO

Departamento: _____ Municipio: _____ Localidad o Comuna: _____

Dirección de ocurrencia del hecho: _____

V. ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS**46. ¿SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?**

- Sí No
 Sin información

47. FECHA EN QUE SE REALIZA LA CIRUGÍA

Año Mes Día

48. MOTIVO DE LA CIRUGÍA (EXPLIQUE LA RAZÓN DE LA CIRUGÍA ENFERMEDAD-CONDICIÓN)

VI. CAUSAS DE DEFUNCIÓN PARA TODOS LOS CASOS**49. ¿CÓMO SE DETERMINÓ LA CAUSA DE MUERTE?**

- Necropsia Médico Legal Necropsia Clínica Historia Clínica
 Pruebas Diagnósticas Interrogatorio Familiares Vigilancia Demográfica

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

- Sí No
 Sin información

51. 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)

Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte

Unidad de medida
 Tiempo (Minutos, Horas, Días, Semanas, Meses, Años)

Parte I

- Causa Directa:** Mecanismo o estado fisiológico que produjo la muerte directamente. a. _____
Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada en a, mencionándose en el último lugar la causa antecedente originaria o punto de partida del proceso mórbido.
 b. Debido a _____
 c. Debido a _____
 d. Debido a _____

Parte II

Otros estados patológicos: estados patológicos importantes que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad, o estado morbo que la produjo. _____

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

Diagnóstico: _____

VII. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN**53. IDENTIFICACIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN - Tipo de documento**

- Cédula de Ciudadanía Cédula de Extranjería Pasaporte
 Permiso Especial de Permanencia Permiso de Protección Temporal

54. NÚMERO DE DOCUMENTO

55. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

56. PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

- Médico (a) Enfermero(a) Auxiliar de enfermería
 Promotor(a) de salud Funcionario(a) de Registro Civil

57. REGISTRO PROFESIONAL

58. LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento: _____ Municipio: _____

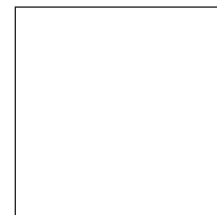
FECHA
 Año Mes Día



La salud es de todos

Minsalud

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL



NÚMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

I. INFORMACIÓN GENERAL

LUGAR DE LA DEFUNCIÓN

Departamento: _____ Municipio: _____

ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Cabecera Municipal Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío) Rural Disperso

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

TIPO DE DEFUNCIÓN

Fetal No fetal

FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Año Mes Día

HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Hora Minutos Sin establecer

SEXO DEL FALLECIDO

Masculino Femenino Indeterminado

IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO - Tipo de documento

Registro Civil Tarjeta de Identidad Cédula de Ciudadanía Cédula de Extranjería
 Pasaporte Carné Diplomático Pasaporte de la ONU Permiso Especial de Permanencia
 Salvo Conducto de Permanencia Documento Extranjero Certificado de Nacido Vivo Permiso de Protección Temporal
 Adulto sin Identificar Menor sin Identificar Sin Información Otro ¿Cuál?: _____

NÚMERO DE DOCUMENTO

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

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

PROBABLE MANERA DE MUERTE

Natural No Natural En estudio

DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO

Indígena ROM (gitano) Raizal de Archipiélago de San Andrés y Providencia
 Palenquero de San Basilio Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente
 ¿A cuál pueblo indígena pertenece? _____ Ninguno de los anteriores

II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

IDENTIFICACIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN - Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía Cédula de Extranjería Pasaporte
 Permiso Especial de Permanencia Permiso de Protección Temporal

NÚMERO DE DOCUMENTO

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR

Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

Médico (a) Enfermero(a) Auxiliar de enfermería
 Promotor(a) de salud Funcionario(a) de Registro Civil

REGISTRO PROFESIONAL

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO

Departamento: _____ Municipio: _____

FECHA

Año Mes Día

FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN