

"EL PRESENTE FORMULARIO SE SUMINISTRA GRATUITAMENTE. EL COSTO DE IMPRESION HA SIDO ASUMIDO POR EL DANE Y POR TANTO ESTA PROHIBIDA SU VENTA"

DANE Departamento Administrativo Nacional de Estadística

CERTIFICADO DE MUERTE FETAL
(Consulte instrucciones al respaldo)

2- Fecha de la defunción fetal

Año	Mes	Día

NOTA: Este formulario debe ser diligenciado en original y copia y enviado el original al Departamento Administrativo Nacional de Estadística por intermedio del Jefe de Zona.

1- LUGAR DE LA DEFUNCION FETAL

Departamento Intendencia o Comisaria:	Municipio:	En la cabecera municipal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------------------------	------------	---

3- SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Indeterminado	4- VITALIDAD Murió antes del parto? <input type="checkbox"/> Murió durante el parto? <input type="checkbox"/>
5- EL PARTO FUE <input type="checkbox"/> Simple <input type="checkbox"/> Múltiple	6- SI MULTIPLE: Cuántos hombres? _____ Cuántas mujeres? _____
7- TIEMPO DE GESTACION EN SEMANAS COMPLETAS _____	8- LEGITIMO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

NO ESCRIBA EN ESTA COLUMNA (Para codificar el DANE).

Lugar de la defunción? DPTO. MPIO.
1 Zona de la defunción (Urbana o Rural)
2 Mes de la defunción
3 Sexo
4 Vitalidad
5 Clase de parto
7- Tiempo de gestación
8- Legitimidad
9- Edad del padre
10- Ocupación del padre
12- Edad de la madre
13- Ocupación de la madre
14- Residencia habitual Dpto. Mpio.
15- Lugar del hecho
16- Total de hijos
17- Causa de la muerte
18- Certificación médica

DATOS DEL PADRE

9- EDAD Años cumplidos _____	10- Ocupación u oficio: _____
------------------------------	-------------------------------

DATOS DE LA MADRE

11- Nombre completo	1er. Apellido	2o. Apellido
12- EDAD Años cumplidos _____	13- Ocupación u oficio: _____	
14- LUGAR DE RESIDENCIA HABIT. Departamento Intendencia o Comisaría Municipio		
15- Lugar del hecho o expulsión fetal (Sala de maternidad - Clínica u Hospital) Nombre de la institución Casa de habitación Otro lugar		
16- Número de hijos incluyendo el presente a) Nacidos vivos y actualmente vivos b) Nacidos vivos y actualmente muertos c) Nacidos muertos Total		

CAUSAS DE LA MUERTE FETAL

(Para ser llenado por el médico únicamente)

Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa o estado morbosos y la muerte.

PARTE I— La muerte fetal fue causada por:

Enfermedad o estado morbosos que produjo la muerte fetal directamente.	} Causas a) inmediatas Debido a:	
Indique en b) las condiciones morbosas, si las hubo, que produjeron la causa fetal directa arriba mencionada y en c) la causa básica o fundamental.		b) antecedentes Debido a:
	c)	

PARTE II— Otras condiciones patológicas del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte fetal, pero no relacionadas con la enfermedad o condición morbosos que la produjo.

18- La defunción fetal es certificada por: Médico que atendió el caso Médico Legista Otro médico Interrogatorio a los familiares o testigos

19- Nombre del médico certificador Dirección Firma y número del registro del diploma

20- Muerte fetal sin certificación médica Causa probable _____ Por qué no hubo certificación médica _____

21- Nombre del informante Dirección Firma

22- No. de la licencia Lugar de expedición de la Licencia de inhumación Depto, Intendencia o Comisaría Municipio Corregimiento

23- Fecha de expedición de la Nombre de la oficina Firma y sello de la oficina: