

CONFIDENCIAL
Los datos que el DANE solicita en este formulario, son estrictamente confidenciales y están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Art.5°

(Consulte instrucciones al respaldo)

Nº A

I. INFORMACIÓN GENERAL

| | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|--|--|--|
| 1. TIPO DE DEFUNCIÓN Muerte fetal: 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No | | 2. FECHA DE DEFUNCIÓN Año Mes Día | | 3. HORA DE DEFUNCIÓN Hora Minutos AM PM 8 <input type="checkbox"/> Sin establecer | | 4. SEXO 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Femenino 3 <input type="checkbox"/> Indeterminado | |
| 5. LUGAR DE DEFUNCIÓN Departamento _____ Municipio _____ Inspección, corregimiento, caserío, comuna o alcaldía m. | | | | 6. ÁREA DE DEFUNCIÓN 1 <input type="checkbox"/> Cabecera municipal 2 <input type="checkbox"/> Centro poblado (inspección, corregimiento o caserío) 3 <input type="checkbox"/> Rural disperso | | 7. SITIO DE DEFUNCIÓN 1 <input type="checkbox"/> Hospital/clínica 2 <input type="checkbox"/> Centro/puesto de salud 3 <input type="checkbox"/> Casa/domicilio 4 <input type="checkbox"/> Lugar de trabajo 5 <input type="checkbox"/> Vía pública 6 <input type="checkbox"/> Otro 9 <input type="checkbox"/> Sin inf. Nombre Institución _____ Código _____ | |
| 8. APELLIDO (S) Y NOMBRE (S) DEL FALLECIDO Primer apellido Segundo apellido Nombre (s) | | | | | | 9. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1 <input type="checkbox"/> T.I. 2 <input type="checkbox"/> C.C. 3 <input type="checkbox"/> C.E. 4 <input type="checkbox"/> Pasaporte 5 <input type="checkbox"/> NUIP 9 <input type="checkbox"/> Sin información No. _____ | |
| 10. FECHA DE NACIMIENTO Año Mes Día | | 11. EL FALLECIDO ERA 1 <input type="checkbox"/> Soltero 2 <input type="checkbox"/> Casado 3 <input type="checkbox"/> Viudo 4 <input type="checkbox"/> En unión libre 5 <input type="checkbox"/> Separado o divorciado 9 <input type="checkbox"/> Sin información | | 12. EDAD 1 Menor de un día (horas) 2 Menor de un mes (días) 3 Menor de 2 años (meses) 4 De 2 o más años (años cumplidos) | | 13. NIVEL EDUCATIVO 1 <input type="checkbox"/> Preescolar 2 <input type="checkbox"/> Primaria completa 3 <input type="checkbox"/> Primaria incompleta 4 <input type="checkbox"/> Secundaria completa 5 <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta 6 <input type="checkbox"/> Universitaria completa 7 <input type="checkbox"/> Universitaria incompleta 8 <input type="checkbox"/> Ninguno 9 <input type="checkbox"/> Sin información | |
| 14. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL (para la muerte fetal o de menor de 2 años, el de la madre) <input type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Vínculado <input type="checkbox"/> Ignorado | | 15. EL LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL (para la muerte fetal o de menor de 2 años, el de la madre) País _____ Departamento _____ Municipio _____ | | 16. ÁREA DE RESIDENCIA (para la muerte fetal o de menor de 2 años, la de la madre) Barrio _____ Dirección _____ Sector _____ Sección _____ 2 <input type="checkbox"/> Centro poblado (inspección, corregimiento o caserío) Nombre _____ Código _____ 3 <input type="checkbox"/> Rural disperso Vereda _____ Sector _____ | | | |
| 17. PROBABLE MANERA DE MUERTE 1 <input type="checkbox"/> Natural 2 <input type="checkbox"/> Violenta 3 <input type="checkbox"/> En estudio | | | 18. CERTIFICADO EXPEDIDO POR 1 <input type="checkbox"/> Médico tratante 2 <input type="checkbox"/> Médico no tratante 3 <input type="checkbox"/> Médico legista 4 <input type="checkbox"/> Personal de salud autorizado | | | | |
| NOMBRE DE QUIEN EXPIDE EL CERTIFICADO (en letra imprenta) Dirección y teléfono _____ | | | | | | Nombre (s) y apellidos (s) completos _____ Firma y No. de tarjeta profesional o registro _____ | |

II. DEFUNCIÓNES FETALES O DE MENORES DE UN AÑO

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 19. LA MUERTE OCURRIÓ CON RELACIÓN AL PARTO 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Después 4 <input type="checkbox"/> Ignorado | | 20. PARTO 1 <input type="checkbox"/> Espontáneo 2 <input type="checkbox"/> Cesárea 3 <input type="checkbox"/> Instrumentado 4 <input type="checkbox"/> Ignorado | | 21. EMBARAZO 1 <input type="checkbox"/> Simple 2 <input type="checkbox"/> Múltiple | | 22. TIEMPO DE GESTACIÓN EN SEMANAS <input type="checkbox"/> Ignorado | | 23. PESO AL NACER Gramos _____ | |
| DATOS DE LA MADRE 24. APELLIDO (S) Y NOMBRE (S) _____ | | | | 25. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 1 <input type="checkbox"/> T.I. 2 <input type="checkbox"/> C.C. 3 <input type="checkbox"/> C.E. 4 <input type="checkbox"/> Pasaporte 5 <input type="checkbox"/> NUIP 9 <input type="checkbox"/> Sin información No. _____ | | 26. EDAD (años cumplidos) _____ | | | |
| 27. NÚMERO DE HIJOS (incluyendo el presente) Nacidos vivos _____ Nacidos muertos _____ | | 28. LA MADRE ES 1 <input type="checkbox"/> Soltera 2 <input type="checkbox"/> Casada 3 <input type="checkbox"/> Viuda 4 <input type="checkbox"/> En unión libre 5 <input type="checkbox"/> Separada o divorciada 9 <input type="checkbox"/> Información | | 29. NIVEL EDUCATIVO 1 <input type="checkbox"/> Preescolar 2 <input type="checkbox"/> Primaria completa 3 <input type="checkbox"/> Primaria incompleta 4 <input type="checkbox"/> Secundaria completa 5 <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta 6 <input type="checkbox"/> Universitaria completa 7 <input type="checkbox"/> Universitaria incompleta 8 <input type="checkbox"/> Ninguno 9 <input type="checkbox"/> Sin información | | | | | |

III. DEFUNCIÓN DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL (10-54 AÑOS)

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| 30. ¿ESTABA EMBARAZADA CUANDO FALLECIÓ? 1 <input type="checkbox"/> Sí (pase a 33) 2 <input type="checkbox"/> No 9 <input type="checkbox"/> Sin información | | 31. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS? 1 <input type="checkbox"/> Sí (pase a 33) 2 <input type="checkbox"/> No 9 <input type="checkbox"/> Sin información | | 32. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No 9 <input type="checkbox"/> Sin información | |
|--|--|---|--|--|--|

IV. MUERTES VIOLENTAS

| | | | |
|---|--|--|--|
| 33. PROBABLE MANERA DE MUERTE 1 <input type="checkbox"/> Suicidio 2 <input type="checkbox"/> Homicidio 3 <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito 4 <input type="checkbox"/> Otro accidente 5 <input type="checkbox"/> En estudio (sólo Medicina Legal) | | 34. ¿CÓMO OCURRIÓ EL HECHO? Si herido (clase de arma); ahogado (lugar); atropelado (clase de vehículo); otros (veneno, etc.) _____ | |
| 35. LUGAR O DIRECCIÓN DE OCURRENCIA DEL HECHO _____ | | | |

V. CAUSAS DE DEFUNCIÓN PARA TODOS LOS CASOS

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| 36. CÓMO DETERMINÓ LA CAUSA DE MUERTE 1 <input type="checkbox"/> Necropsia 2 <input type="checkbox"/> Historia clínica 3 <input type="checkbox"/> Pruebas de laboratorio 4 <input type="checkbox"/> Interrogatorio a familiares o testigos | | | | 37. ¿RECIBIÓ ASISTENCIA MÉDICA DURANTE EL PROCESO QUE LO LLEVO A LA MUERTE? 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No 3 <input type="checkbox"/> Ignorado | |
| 38. CAUSAS (en caso de muerte fetal, o de menores de 28 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en (c) y (d)) (CONSIGNE UNA CAUSA POR LÍNEA) | | | | | |
| I. CAUSA DIRECTA Mecanismo o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente. | | a) Debido a: _____ b) Debido a: _____ c) Debido a: _____ d) _____ | | Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte _____ | |
| CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada en a), mencionándose en, el último lugar, la causa básica o fundamental | | _____ | | Causa básica _____ | |
| II. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS IMPORTANTES Que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo | | _____ | | _____ | |
| 39. MUERTE SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA Causa probable de muerte _____ | | | | | |
| 40. LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN Año Mes Día | | | Firma y Nro. de tarjeta profesional o registro _____ | | |

PARA EL DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

e) participarse a la Dirección de División, Menores y Cuidado Social de DANE, 17 de junio de 2004. Form DANE 5-103