MINISTERIO DE SALUD

No. 332-2005/MINSA

REPUBLICA DEL PERU

Resolución Ministerial

Lima, 04 de MAYO del 2005

Visto el Expediente N° R-027887-05;

CONSIDERANDO:

Que conforme a lo establecido en el literal a) del artículo 31° del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por el Decreto Supremo N° 014-2002-SA, la Oficina General de Estadística e Informática propone la regularización de la estandarización de la información en el Sector Salud;

Que el Ministerio de Salud, a través de la Oficina General de Estadística e Informática, ha convocado al Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) y al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), para proponer un nuevo Formulario del Certificado de Defunción que fortalecerá la administración de los datos que contiene el mismo, lo cual permitirá contar con la información estadística respectiva en forma oportuna;

Que el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) han expresado su conformidad respecto a la citada propuesta;

Estando a lo informado por la Oficina General de Estadística e Informática y con la visación de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

Con la visación del Viceministro de Salud; y,

De conformidad con lo dispuesto en el literal l) del artículo 8° de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el nuevo Formulario de Certificado de Defunción, que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- La Oficina General de Estadística e Informática coordinará la impresión y distribución del citado formulario.

Artículo 3°.- Las Direcciones de Salud a nivel nacional, a través de las Oficinas de Estadística, son responsables de la entrega gratuita del referido formulario a los establecimientos de salud públicos y privados y a quienes lo requieran para certificar un fallecimiento ocurrido en lugar distinto a dichos establecimientos.

Artículo 4°.- La Oficina General de Comunicaciones se encargará de la publicación del mencionado formulario en la página web del Ministerio de Salud.

Regístrese y comuníquese

Dra. Pilar MAZZETTI SOLER
Ministra de Salud

INEI — RENIEC — Ministerio de Salud

CON ESTE DOCUMENTO SE DEBE SOLICITAR LA INSCRIPCIÓN EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE REGISTRO DE ESTADO CIVIL DENTRO DE LAS 48 HORAS POSTERIORES AL FALLECIMIENTO

Nro. serie:

Archívese en la Oficina de Registro Civil

CERTIFICADO DE DEFUNCION

El que suscribe certifica que: atendió al difunto en su última enfermedad ☐ ó únicamente constató la defunción ☐

Nombres y apellidos del fallecido _____ sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

Edad _____, Documento de identidad: _____ Nº _____ Fecha de fallecimiento: el día _____ del
(DNI, LM, C.FF.AA/PNP, Pasap., C.Ext., Part.Nac)

mes de: _____ del año: _____ a las _____ horas, Ocurrido en: _____
Jr. / Calle / Av. / Psj. / Mza. / Otro

Localidad (Urb/AA.HH/PP.JJ/Caserío/Otro): _____ Distrito _____

Provincia de _____ Departamento _____

La causa básica de muerte: _____

Nombres y apellidos del que certifica la defunción _____ Colegiatura _____

Lugar y fecha de certificación _____ Firma y sello _____

Corte aquí →

MINISTERIO DE SALUD — MINISTRA

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

(Solo para uso estadístico)

Nro. serie:

1 Oficina de Estadística (Lugar de Procesamiento)

11 Departamento:

12 Provincia:

13 Distrito:

14 Localidad:

Solo Para ser llenado por el Codificador MINSA

2 Identificación del fallecido

21 Nombres:

22 Primer Apellido (Paterno):

23 Segundo Apellido (Materno):

24 Apellido de Casada:

25 Documento de Identidad — Tipo ← → Número

Tipo de Documento de Identidad:
1 = DNI
2 = Libreta Militar
3 = Carné FF AA/PNP
4 = Pasaporte
5 = Carné Extranjería
6 = Partida de Nacimiento
7 = Otro

3 Datos del Fallecido

31 Sexo:
1. Hombre ☐ 2. Mujer ☐
3. Indeterminado ☐

32 Edad: ☐ Años ☐ Meses ☐ Días ☐ Horas ☐ Ign.

33 Estado conyugal / marital:
Conviviente ☐
Casado(a) ☐
Divorciado(a) ☐
Separado(a) ☐
Soltero(a) ☐
Viudo(a) ☐
Ign. ☐

34 Nivel de Instrucción:
Ningún nivel / Iletrado ☐
Inicial / Pre-escolar ☐
Primaria Incompleta ☐
Primaria Completa ☐
Secundaria Incompleta ☐
Secundaria Completa ☐
Superior No universitaria Incompleta ☐
Superior No universitaria Completa ☐
Superior universitaria Incompleta ☐
Superior universitaria Completa ☐
Ignorado ☐

35 Ocupación:
Trabajaba: 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. Ign. ☐

36 En que:

Especifique

4 Residencia Habitual del Fallecido

41 País:

42 Departamento:

43 Provincia:

44 Distrito:

45 Localidad:

46 Dirección de la residencia habitual del fallecido:

Jr./Calle/Av./Psj./Mza/Otro

Nro./Interior/Lote

Urb./AA.HH./PP.JJ./Caserío/Otro

5 Lugar, fecha y hora de fallecimiento

51 Departamento:

52 Provincia:

53 Distrito:

54 Localidad:

55 Dirección

Jr. / Calle / Av. / Psj. / Mza. / Otro

56 Fecha: (dd/mm/aaaa) __ __ 2 0 0 Hora: (de 0 a 24 hrs) __ : __

57 Sitio de ocurrencia: 1. Establecimiento de salud ☐ → Institución: MINSA ☐ EsSALUD ☐ FF AA y PNP ☐ Privado ☐ Otros ☐

Nombre del Establecimiento: _____

2. Domicilio ☐ 3. Centro de trabajo ☐ 4. Vía pública ☐ 5. Otro ☐ 9. Ignorado ☐

6 Causa de la defunción

61 Certificado por: 1. Médico ☐ 2. Otro profesional de salud ☐ 3. Otro ☐

62 El que certifica declara: 1. Habiendo atendido al difunto en su última enfermedad ☐ 2. Sin haberlo atendido ☐

63 Causa de la defunción

I Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente (a)

a) _____
Debido a (o como consecuencia de)

b) _____
Debido a (o como consecuencia de)

c) _____
Debido a (o como consecuencia de)

d) _____

CAUSAS ANTECEDENTES: (b, c y d) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que lo produjo

Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte

a) _____ __ __ __ . __

b) _____ __ __ __ . __

c) _____ __ __ __ . __

d) _____ __ __ __ __

MINISTERIO DE SALUD — VICE-MINISTRO

MINISTERIO DE SALUD — DIRECCION — Oficina General de Asesoría Jurídica

MINISTERIO DE SALUD — REPUBLICA DEL PERU — Oficina General de Estadística e Informática

MINISTERIO DE SALUD — Secretaría General

PARA SER ANOTADO POR EL DECLARANTE O EN SU DEFECTO POR EL REGISTRADOR CIVIL

IMPRESIÓN DIGITAL DEL DECLARANTE

Nombres y Apellidos del fallecido: _____ de sexo _____

Tipo de Doc.Ident: _____ Nº _____ Domicilio: _____

_____ de _____ de edad, fallecido el _____ de _____ de 20____ a las _____ horas

Nombres y Apellidos del Padre: _____

Nombres y Apellidos de la Madre: _____

Nombres y Apellidos del(a) Cónyuge: _____

Nombres y Apellidos del Declarante: _____

Domicilio del declarante: _____

Documento de identidad: _____ Firma del declarante: _____

Libro Nº _____ 16 Acta Nº _____ 17 Fecha: (dd/mm/aaaa) | | | | | 2 | 0 | 0 |

Corte aquí ⟶

6 Causa de la defunción

64 En caso de muerte violenta o Causa Externa especifique si fue: 1.Suicidio ☐ 2.Homicidio ☐ 3.Accidente de transito o transporte ☐ 4 Accidente de trabajo ☐ 5.Otro accidente ☐ 9 Ignorado ☐

65 Se realizó autopsia al fallecido: 1. Si ☐ 2. No ☐

7 Datos de la persona que certifica la defunción

71 La persona que llena estos datos es: Médico ☐ Otro profesional de salud ☐ Otro ☐

72 Nombre y apellido: _____

73 DNI: _____ 74 Profesión: _____ 75 Nº de Colegio profesional: | | | | | | |

76 Dirección: _____ 77 Distrito: _____ 78 Firma y Sello: _____

Jr. / Calle / Av. / Psj. / Mza. / Otro

8 Muerte de Mujeres asociados a Gestación, Parto y Puerperio

81 Durante:
1. Embarazo ☐
2. Parto ☐
3. En el Puerperio (hasta 42 días) ☐
4. Defunción materna Tardía (43 días - 364 días) ☐
9. Ignorado ☐

82 Edad gestacional (22 semanas y más)
1. En semanas | | |
9. Ignorado ☐

INSTRUCCIONES GENERALES:

- El informe estadístico debe ser remitido a través del Registro civil al Establecimiento de Salud más cercano ó el Establecimiento de Salud podrá recogerlo directamente del Registro Civil más cercano.
- **El Responsable de la Certificación** de la defunción deberá llenar todas las variables contenidas en el presente formulario con letra clara o imprenta
- **En caso de Muerte Violenta, Sospechosa o por Causa Externa**, el Médico Legista ó el médico que designe la autoridad competente también deberá llenar el presente formulario.
- **Si la fallecida estuvo embarazada o en estado de puerperio** deberá llenarse además la sección 8.
- Está terminantemente prohibido que el **Médico u Otro Profesional de Salud** certifique la defunción de los familiares directos o personas que están bajo su dependencia.
- En caso de desconocerse el **sexo** o la **edad** solicitado en el presente formulario el responsable de la certificación deberá hacer todo el esfuerzo necesario para conjeturarlos o estimarlos.
- **PARO CARDIACO NO ES UNA CAUSA BÁSICA DE MUERTE, SOLO ES UN MODO DE MORIR.**

MINISTERIO DE SALUD – Oficina General de Asesoría Jurídica – DIRECCIÓN

MINISTERIO DE SALUD – REPÚBLICA DEL PERÚ – Oficina General de Estadística e Informática

MINISTERIO DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD – VICEMINISTRO

MINISTERIO DE SALUD – REPÚBLICA DEL PERÚ – MINISTRA