

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:

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: _____ N° _____ 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 _____

Archívese en la Oficina de Registro Civil

Corte aquí →

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

(Solo para uso estadístico)

Nro. serie:

2 Identificación del fallecido

1 Oficina de Estadística (Lugar de Procesamiento)	11 Departamento:	21 Nombres:	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
	12 Provincia:	22 Primer Apellido (Paterno):	
	13 Distrito:	23 Segundo Apellido (Materno):	
	14 Localidad:	24 Apellido de Casada:	
Solo Para ser llenado por el Codificador MINSa		25 Documento de Identidad	
		Tipo	Número
		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

3 Datos del Fallecido	31 Sexo: 1. Hombre <input type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/> 3. Indeterminado <input type="checkbox"/>	32 Edad: <input type="text"/> → Años <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Horas <input type="checkbox"/> Ign. <input type="checkbox"/>	33 Estado conyugal / marital: Conviviente <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Ign. <input type="checkbox"/>	34 Nivel de Instrucción: Ningún nivel / Iltrado <input type="checkbox"/> Secundaria Completa <input type="checkbox"/> Inicial / Pre-escolar <input type="checkbox"/> Superior No universitaria Incompleta <input type="checkbox"/> Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Superior No universitaria Completa <input type="checkbox"/> Primaria Completa <input type="checkbox"/> Superior universitaria Incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/> Superior universitaria Completa <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	35 Ocupación: Trabajaba: 1. Si <input type="checkbox"/> 2.No <input type="checkbox"/> 3. Ign. <input type="checkbox"/>
	36 En que: <input type="text"/>				

4 Residencia Habitual del Fallecido	41 País:	46 Dirección de la residencia habitual del fallecido: Jr./Calle/Av./Psj./Mza/Otro Nro./Interior/Lote Urb./AA.HH./PP.JJ./Caserío/Otro
	42 Departamento:	
	43 Provincia:	
	44 Distrito:	
	45 Localidad:	

5 Lugar, fecha y hora de fallecimiento	51 Departamento:	56 Fecha: (dd/mm/aaaa) <input type="text"/>	57 Sitio de ocurrencia:
	52 Provincia:	57 Hora: (de 0 a 24 hrs) <input type="text"/>	1. Establecimiento de salud <input type="checkbox"/> → Institución: MINSa <input type="checkbox"/> EsSALUD <input type="checkbox"/> FF.AA. y PNP <input type="checkbox"/>
	53 Distrito:	Nombre del Establecimiento: _____	Privado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
	54 Localidad:	2. Domicilio <input type="checkbox"/> 3. Centro de trabajo <input type="checkbox"/> 4. Vía pública <input type="checkbox"/> 5. Otro <input type="checkbox"/> 9. Ignorado <input type="checkbox"/>	
	55 Dirección Jr. / Calle / Av. / Psj. / Mza. / Otro		

6 Causa de la defunción	61 Certificado por: 1. Médico <input type="checkbox"/> 2. Otro profesional de salud <input type="checkbox"/> 3. Otro <input type="checkbox"/>		
	62 El que certifica declara: 1. Habiendo atendido al difunto en su última enfermedad <input type="checkbox"/> 2. Sin haberlo atendido <input type="checkbox"/>		
	63 Causa de la defunción		
	Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte		
I Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente (a)	a) _____ Debido a (o como consecuencia de)	a) _____	<input type="text"/>
CAUSAS ANTECEDENTES: (b, c y d) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica	b) _____ Debido a (o como consecuencia de)	b) _____	<input type="text"/>
	c) _____ Debido a (o como consecuencia de)	c) _____	<input type="text"/>
	d) _____	d) _____	<input type="text"/>
II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que lo produjo	_____	_____	_____

