



República de Guatemala

INFORME DE DEFUNCIÓN

(INCLUYE DEFUNCIONES FETALES)

NOTA: Antes de llenar el presente formulario, debe leer el instructivo del reverso.

Revisión 2016

I	1. El que informa (nombres y apellidos): _____		3. Quién informa es: 1. Médico 2. Paramédico 3. Autoridad <input type="checkbox"/>	
	2. Documento de Identificación (CUI)/ Cédula de vecindad/ Otro: _____		3.1 No. de colegiado: _____	
	4. Fecha y hora de la defunción: Día: _____ mes _____ del año _____ a las _____ horas			
	5. Lugar y dirección donde ocurrió la defunción: _____ Dirección exacta _____ Municipio _____ Departamento _____			
	SI LA MUERTE ES FETAL, INICIE EN EL APARTADO VI. DATOS DE LA DEFUNCIÓN FETAL (MORTINATO)			
II	FALLECIÓ:			
	6. NOMBRE: _____ Nombres y apellidos completos			
	7. SEXO: <input type="checkbox"/> 1. Hombre 9. Ignorado 2. Mujer		8. EDAD CUMPLIDA: Para menores de un día _____ Horas Para menores de un mes _____ Días Para menores de un año _____ Meses Para mayores de un año _____ Años cumplidos	
	9. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: _____ Ó _____ Número(CUI/ Cédula de Vecindad/ Otro) Número de Libro Número de Folio Número de Partida			
	10. LUGAR DE NACIMIENTO: País _____ Departamento _____ Municipio _____		11. NACIONALIDAD: _____	
	12. OCUPACIÓN: _____		13. ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> 1. Soltero (a) 3. Unido (a) 2. Casado (a) 9. Ignorado	
	14. PUEBLO DE PERTENENCIA: <input type="checkbox"/> 1. Maya 3. Xinka 5. Ninguno 2. Garífuna 4. Mestizo, Ladino 9. Ignorado			
	15. RESIDENCIA: _____ Dirección exacta _____ Municipio _____ Departamento _____			
	16. ESCOLARIDAD: <input type="checkbox"/> 0. Ninguna 1. Primaria incompleta 3. Básico incompleto 5. Diversificado incompleto 7. Universitario incompleto 9. Ignorado 2. Primaria completa 4. Básico completo 6. Diversificado completo 8. Universitario completo			
	III	17. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER ENTRE 10 Y 54 AÑOS, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE: <input type="checkbox"/> 1. El embarazo 3. El puerperio (Dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo) 5. No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte 2. El parto 4. De 43 días a 11 meses, después del parto ó aborto 9. Ignorado		
18. CAUSAS DE DEFUNCIÓN				
IV	I. Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente* (a) _____ debido a (o como consecuencia de) _____ (b) _____ debido a (o como consecuencia de) _____ (c) _____ debido a (o como consecuencia de) _____ (d) _____		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	
	Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en el último lugar la causa básica			
	* No quiere decirse con esto la manera o modo de morir, por ejemplo: debilidad cardiaca, astenia, etc. Significa propiamente la enfermedad, traumatismo o complicación que causó la muerte.			
	II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			
V	19. FUE UN PRESUNTO:** <input type="checkbox"/>		19.1 LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN: <input type="checkbox"/>	
	1. Suicidio 2. Homicidio 3. Accidente 9. Ignorado		0. Vivienda 2. Escuela u oficina pública 4. Calle o carretera (vía pública) 6. Área industrial (taller, fábrica u obra) 8. Otro 1. Institución residencial 3. Áreas deportivas 5. Área comercial o de servicios 7. Granja (rancho o parcela) 9. Ignorado	
	**Estos datos no prejuzgan sobre la calificación del hecho que en definitiva hicieron los tribunales, es ÚNICAMENTE PARA FINES ESTADÍSTICAS		19.2 OCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO: <input type="checkbox"/> 19.3 FUE ACCIDENTE DE TRÁNSITO: <input type="checkbox"/> 1. Si 2. No 9. Ignorado 1. Si 2. No 9. Ignorado	
	19.4 SI FUERE SUICIDIO, HOMICIDIO O ACCIDENTE, INDIQUE EL ARMA QUE LO PRODUJO: _____			
VI	DATOS DE LA MADRE			
	20. NOMBRE: _____ Nombres y apellidos completos			
	21. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: _____ Ó _____ Número(CUI/ Cédula de Vecindad/ Otro) Número de Libro Número de Folio Número de Partida			
	22. LUGAR DE NACIMIENTO: País _____ Departamento _____ Municipio _____			
	23. EDAD _____ Años		24. ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> 1. Soltera 3. Unida 2. Casada 9. Ignorado	
	25. PUEBLO DE PERTENENCIA: <input type="checkbox"/> 1. Maya 3. Xinka 5. Ninguno 2. Garífuna 4. Mestizo, Ladino 9. Ignorado		26. RESIDENCIA: _____ Dirección exacta _____ Municipio _____ Departamento _____	
	27. OCUPACIÓN: _____		28. SABE LEER Y ESCRIBIR: 1. Si 2. No 9. Ignorado <input type="checkbox"/>	
	29. ESCOLARIDAD: <input type="checkbox"/> 0. Ninguna 1. Primaria incompleta 3. Básico incompleto 5. Diversificado incompleto 7. Universitario incompleto 9. Ignorado 2. Primaria completa 4. Básico completo 6. Diversificado completo 8. Universitario completo			
	30. NACIONALIDAD: _____		31. EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO(número): Nacidos vivos _____ Nacidos muertos _____	
	DATOS DEL FETO (MORTINATO)			
32. SEXO: <input type="checkbox"/> 1. Hombre 9. Ignorado		33. MURIÓ <input type="checkbox"/> 1. Antes del Parto 3. Durante el Parto		
34. EL PARTO FUE: <input type="checkbox"/> 1. Simple 3. Múltiple		35. CLASE DE PARTO: <input type="checkbox"/> 1. Eutócico 2. Distócico		
36. VÍA DEL PARTO: <input type="checkbox"/> 1. Vaginal 2. Cesárea		37. SEMANAS DE GESTACIÓN: _____		
38. CAUSAS DEL MORTINATO				
Fetales: _____				
Maternas: _____				
VII	39. HUBO NECROPSIA: <input type="checkbox"/> 1. Si 2. No		40. CLASE DE ASISTENCIA RECIBIDA: <input type="checkbox"/> 1. Médica 3. Comadrona 5. Ninguna 2. Paramédica 4. Empírica 9. Ignorado	
	41. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: <input type="checkbox"/> 1. Hospital Público 3. Otros servicios de salud pública 5. Vía Pública 7. Lugar de trabajo 9. Ignorado 2. Hospital Privado 4. IGSS 6. Domicilio 8. Otro			

"Y para que se haga la inscripción respectiva en el Registro Nacional de las Personas, se emite el presente Informe

de defunción, en _____

a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma de la persona que extiende el informe: _____

TIMBRE MÉDICO

SELLO INSTITUCIONAL
Y/O PROFESIONAL

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL INFORME DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES GENERALES:

- Este informe debe llenarse en forma clara con letra de molde y tinta firme o a máquina todos los datos y firma para evitar la devolución. No se aceptará con tachones, borrones, sobre escritura o cualquier tipo de alteración.
- No use abreviaturas.
- Para las preguntas de opción, anote el número que corresponde con la respuesta correcta.
- Para las respuestas en las que se deben anotar números (fecha, hora, colegiado, edad, CUI, etcétera), use números arábigos (1,2,3...9).
- Debe colocarse el timbre médico en el espacio correspondiente cuando aplique.

INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

2 DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: Los guatemaltecos y extranjeros domiciliados podrán identificarse con Documento Personal de Identificación -DPI- o Cédula de vecindad acompañada de la constancia emitida por el Registro Nacional de las Personas -RENAP- que la valide temporalmente, únicamente por el plazo que la misma indique. En caso que no sea posible la identificación mediante el DPI por robo, pérdida o deterioro, se aceptará certificación del DPI (consignar CUI).

Los extranjeros se identificarán con pasaporte vigente; sin embargo, los centroamericanos también podrán identificarse con el documento de identificación de su país, carta de generalidades o presunción de nacionalidad. Los refugiados podrán identificarse con la cédula de identidad de refugiado, extendida por la Dirección General de Migración.

3.1 NÚMERO DE COLEGIADO: Anote el número de colegiado (si es médico (a) o enfermero (a) graduado(a)).

6 NOMBRE DEL FALLECIDO(A): Escriba los nombres y apellidos completos. Si se trata de un homicidio, accidente, suicidio u otra causa que impida la identificación del cadáver, anote la palabra desconocido. En el caso de que el fallecido(a) sea un recién nacido, anote al menos, los apellidos paternos y/o maternos.

8 EDAD CUMPLIDA: Especifique la edad cumplida del fallecido(a). Para menores de un día, anote la edad en horas (entre 0 y 23 horas). Para menores de un mes, anote la edad en días (entre 1 y 29 días). Para menores de un año, anote la edad en meses (entre 1 y 11 meses). Para los que fallecieron y tenían más de un año, anote solamente los años cumplidos.

Ejemplo 1:

Fallecido(a) de 22 horas:

Para menores de un día	<u>22</u> Horas	Para menores de un mes	_____ Días	Para menores de un año	_____ Meses	Para mayores de un año	_____ Años cumplidos
------------------------	--------------------	------------------------	------------	------------------------	-------------	------------------------	----------------------

Ejemplo 2:

Fallecido(a) de 40 años:

Para menores de un día	_____ Horas	Para menores de un mes	_____ Días	Para menores de un año	_____ Meses	Para mayores de un año	<u>40</u> Años cumplidos
------------------------	-------------	------------------------	------------	------------------------	-------------	------------------------	-----------------------------

9 DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: La persona fallecida podrá identificarse con Documento Personal de Identificación -DPI-, Certificación del Documento Personal de Identificación (consignar el CUI), Cédula de vecindad o copia certificada del asiento del libro de cédula de vecindad (consignar número de Cédula de vecindad), en caso de no contar con estos documentos se podrá presentar certificación de inscripción de nacimiento del fallecido (consignar número de libro, folio y partida o número de CUI). Para los extranjeros y refugiados, aplica lo indicado en el inciso 2 de las "INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS".

12 y 27 OCUPACIÓN: Anote el último oficio o trabajo. Para el caso de la persona fallecida si no trabajaba por una remuneración mencione a qué se dedicaba, de igual manera para el caso de la madre del feto (mortinato), si no ha trabajado por una remuneración mencione a qué se dedica, por ejemplo: rentista, jubilado, estudiante o ama de casa.

15 y 26 RESIDENCIA: Anote la dirección exacta (incluye: número de casa, calle, avenida, zona y el nombre de la ciudad, pueblo, colonia, aldea, caserío, finca o paraje), municipio y departamento de residencia durante los últimos seis meses, exceptuando los períodos largos de hospitalización. Si la residencia corresponde al extranjero anote solamente el nombre del país.

17 SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER ENTRE 10 Y 54 AÑOS, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE: No omita responder la pregunta.

IV CAUSA DE DEFUNCIÓN: Se entiende por causa de la defunción, la enfermedad o lesión, accidente o violencia, que produjo la muerte de la persona.

18 CAUSA DE DEFUNCIÓN: El informe de defunción, está diseñado para obtener la información que facilitará la selección de la causa básica de la defunción cuando se registran, de manera conjunta, dos o más causas. El modelo del informe consiste de dos partes (I y II).

En la parte I se inscribe la causa que condujo directamente a la muerte en la línea (a) y así mismo los estados patológicos antecedentes en las líneas (b), (c) y (d), que ocasionaron la causa registrada en la línea (a). Indique la causa básica en la última línea de la secuencia de los estados patológicos, sean estas las líneas (b), (c) o (d). Evidentemente, no sería preciso usar de las líneas (b), (c) y (d) si la enfermedad o proceso patológico que condujo directamente a la muerte, y que consta en la línea (a), describiera por completo el curso de los acontecimientos.

En la parte II se incluye cualquier otra entidad morbosa (enfermedad) significativa que hubiera influido desfavorablemente en el curso del proceso patológico, y que contribuyó al resultado letal, pero que no estuviera relacionada con la enfermedad o estado patológico que causó la muerte directamente.

Ejemplo:

18. CAUSAS DE DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
I. Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente* Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en el último lugar la causa básica	(a) <u>Peritonitis</u> debido a (o como consecuencia de)	1 día
	(b) <u>Absceso hepático amebiano roto a cavidad abdominal</u> debido a (o como consecuencia de)	2 días
	(c) <u>Colitis amebiana</u> debido a (o como consecuencia de)	2 meses
	(d) _____	
* No quiere decirse con esto la manera o modo de morir, por ejemplo: debilidad cardiaca, astenia, etc. Significa propiamente la enfermedad, traumatismo o complicación que causó la muerte.		
II. Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo	Enfermedad vascular cerebral	5 años
	Cardiopatía hipertensiva	10 años

19 FUE UN PRESUNTO: Este apartado será para especificar la intencionalidad de la muerte. Anote en dicha casilla el código correspondiente. Estos datos no prejuzgan sobre la calificación del hecho que en definitiva hicieren los tribunales, es **únicamente para fines estadísticos**.

19.1 LUGAR DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN: Especifique la opción correspondiente dado que ésta puede ser diferente a la del sitio donde ocurrió la defunción.

VI DATOS DE LA DEFUNCIÓN FETAL (MORTINATO): Se entiende por defunción fetal, la muerte de un producto de la concepción, antes de su expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre; la muerte está indicada por el hecho de que después de la separación, el feto no respira ni da ninguna otra señal de vida, como latidos del corazón, pulsación del cordón umbilical, etc.

21 Además de lo indicado en el inciso 2 de las "INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS"; La madre guatemalteca menor de edad podrá identificarse con certificación de nacimiento por lo que deberá consignarse número de libro, folio y partida o número de CUI.

31 EN LOS EMBARAZOS ANTERIORES A ÉSTE TUVO: Del total de embarazos tenidos por la madre anote cuántos hijos nacieron vivos, independientemente si a la fecha estén vivos o no, y cuántos nacieron muertos.

37 SEMANAS DE GESTACIÓN: Anote la duración del embarazo, expresada en semanas completas, contando a partir de la última menstruación hasta el momento de la extracción o expulsión del producto.

38 CAUSAS DEL MORTINATO: Se entiende por causa fetal, la muerte que está relacionada directamente con el feto, ejemplo: Asfixia perinatal, circular del cordón alrededor del cuello, etc. Y por causa maternal, la muerte fetal que está relacionada directamente con la madre, ejemplo: Eclampsia.

Ejemplo 1:

Fetales: Anencefalia

Maternas: Hidramnios

Ejemplo 2:

Fetales: Prematuridad

Maternas: Insuficiencia placentaria