

Número de Área		Año		Estado Libre Asociado de Puerto Rico Registro Demográfico — Departamento de Salud CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				Número de Control		Número Nacional Defunción	
152											
Director Funerario Para ser completado / verificado por:	1a. Nombre y Apellidos de la Persona Fallecida según inscrita: (Nombre, Segundo Nombre y Apellidos)							2. Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No determinado			
	1b. También conocido por: (Otro nombre completo si es muy diferente al 1a.) <input type="checkbox"/> No tiene										
	3. Núm. de Seguro Social de la persona fallecida: <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> Desconocido		4a. Edad (años)	4b. Menor de un año Meses: Semanas: Días:		4c. Menor de 24 horas Horas: Minutos:		5. Fecha de Nacimiento: (Mes en letras) Mes / Día / Año			
	6a. Lugar de Nacimiento: Municipio y Estado o País				6b. Ciudadanía al momento del Fallecimiento:			6c. Tiempo de residencia en Puerto Rico: <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años			
	7. Residencia de la Persona Fallecida: Dirección residencial. Si vivía regularmente en una institución o facilidad de cuidado prolongado, escriba dirección física de dicho lugar.		7a. Barrio/Urb./Cond:			7b. Núm. y Calle:		7c. Núm. Apt:		7g. Zona: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural	
	7d. Municipio:		7e. Estado o País:			7f. Código Postal:		8. ¿Pertenece a las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	9a. Estado marital de la persona fallecida al momento de la defunción: <input type="checkbox"/> Casada legalmente <input type="checkbox"/> Casada pero separado/a <input type="checkbox"/> Divorciada		<input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Nunca casada <input type="checkbox"/> Desconocido		9b. Si la persona fallecida no estaba casada legalmente, ¿convivió o cohabitaba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido						
	10. Nombre del cónyuge sobreviviente según inscrito: (Nombre, Segundo Nombre y Apellidos)										
	11a. Nombre del padre del fallecido según inscrito: (Nombre, Segundo Nombre, Apellidos)					11b. Lugar de Nacimiento: Municipio Estado o País:					
	12a. Nombre de la madre del fallecido según inscrita: (Nombre, Segundo Nom., Apellidos)					12b. Lugar de Nacimiento: Municipio Estado o País:					
	13a. Nombre del informante:				13b. Núm de teléfono:		13c. Relación con el fallecido:				
	13d. Dirección postal del informante: (Barrio/Urb/Cond, Calle y Núm., Municipio, Estado o País, Código Postal)							13e. Firma del informante:			
	14a. Lugar de Defunción: (Seleccione sólo una) Si ocurrió en el Hospital: <input type="checkbox"/> Hospitalizado <input type="checkbox"/> Ambulatorio/Sala de Emergencia <input type="checkbox"/> Muerto al llegar Si ocurrió fuera del Hospital: <input type="checkbox"/> Asilo/Casa de Salud/Facilidad Cuidado Prolongado <input type="checkbox"/> Residencia de la persona fallecida <input type="checkbox"/> Otro (especifique):										
14b. Tiempo de estadía si falleció en hospital/asilo/casa de salud/facilidad de cuidado prolongado: <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Años				15. Nombre de la facilidad donde ocurrió defunción:			16. Núm. de identificación Facilidad: NPI				
17a. Dirección del lugar de la defunción: (Barrio/Urb./Cond, Calle y Núm.)					17b. Municipio:			17c. Código Postal:			
Encasillados 18 a 44 deben ser completados por el médico que declara y certifica la muerte.							18. Fecha de declaración de la muerte: Mes / Día / Año		19. Hora de la declaración de la muerte: Hora : Minutos <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		
							20a. Firma de quien declara la muerte (sólo si es diferente de quien certifica):			20b. Número de Licencia:	
21. Fecha de la muerte: (Mes en letras) <input type="checkbox"/> Exacta <input type="checkbox"/> Aproximada <input type="checkbox"/> Fecha hallazgo		22. Hora de la muerte: <input type="checkbox"/> Exacta <input type="checkbox"/> Aproximada <input type="checkbox"/> Fecha hallazgo		23. ¿Se contactó al Instituto de Ciencias Forenses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Núm. Patología: (Uso exclusivo de ICF)					
Causa de Muerte 24. Parte I. Indique la cadena de eventos - enfermedades, lesiones o complicaciones - que directamente causaron la muerte. No indique eventos terminales como paro cardíaco, paro respiratorio o fibrilación ventricular sin mostrar la etiología. Registre una causa por línea. Añada líneas adicionales de ser necesario. No utilice abreviaturas. USE LETRA DE MOLDE. Causa Inmediata: → a. Enfermedad o condición final que llevó a la muerte. Debido a, o como consecuencia de: Ordene las condiciones, si alguna, b. que condujeron a la causa escrita en la línea a. Debido a, o como consecuencia de: Registre al final la causa básica c. (enfermedades o lesiones que iniciaron los eventos que resultaron en la muerte). Debido a, o como consecuencia de:											
25. Parte II. Indique otras condiciones significativas que contribuyeron a la muerte pero que no están relacionadas a la causa básica de muerte indicada en la Parte I:											
26. ¿Se realizó autopsia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		27. ¿Los resultados estuvieron disponibles para completar la causa de muerte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			30. Tipo o manera de muerte: <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Pendiente de investigación <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> No pudo determinarse						
28. ¿El uso de Tabaco contribuyó a la muerte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Probablemente <input type="checkbox"/> Se desconoce		29. Si era mujer: <input type="checkbox"/> Embarazada al momento de la muerte <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada el año pasado <input type="checkbox"/> Se desconoce si estuvo embarazada el año pasado <input type="checkbox"/> No embarazada, pero estuvo embarazada 43 días a 1 año antes de la muerte <input type="checkbox"/> No embarazada, pero estuvo embarazada 42 días o menos antes de la muerte			33. ¿Ocurrió en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
31. Si indicó muerte por lesión en Parte I o II, escriba la fecha y hora:							32. Lugar de la lesión: (Casa del fallecido, oficina, fábrica, etc.)		33. ¿Ocurrió en el trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
31a. Mes / Día / Año		31b. Hora : Min <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		34. Dirección donde ocurrió la lesión: (Barrio/Urb./Cond, Calle y Núm., Municipio, Estado o País, Código Postal)							
35. Describa cómo ocurrió la lesión:							36. Si la lesión ocurrió por accidente de tránsito, especifique si la persona lesionada era: <input type="checkbox"/> Conductor / Operador <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Otra (especifique)				
37a. Fecha de la última operación, si la hubo: Mes / Día / Año		37b. Tipo de operación/ hallazgos más importantes:				38. Núm. Récord Médico:					
39. Certificación (seleccione sólo una): <input type="checkbox"/> Médico que CERTIFICA: en mi mejor conocimiento, la muerte ocurrió debido a las causas y de la manera establecida. <input type="checkbox"/> Médico que DECLARA y CERTIFICA: en mi mejor conocimiento, la muerte ocurrió en la hora, fecha, lugar, debido a las causas y manera establecida. <input type="checkbox"/> Médico FORENSE/PATÓLOGO: a base del examen médico y/o investigación, en mi opinión, la muerte ocurrió en la											
40. Nombre, dirección y código postal del médico que certificó la causa de muerte (preguntas 24 y 25):							Firma del Médico:				
41. Título del Médico que certifica:		42. Número licencia:	43. Fecha de Certificación: Mes / Día / Año		44a. ¿La persona fue donante de órganos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		44b. ¿Qué órganos fueron donados?				
Uso Exclusivo del Registro Demográfico											
45. Núm. de Control de Nacimiento:		46a. Fecha de Registro: Mes / Día / Año		46b. Número Oficina Local del RD:		46c. Firma Registrador:					

Nombre Persona Fallecida:		Fecha de Defunción: Mes / Día / Año		Número de Control: (Registro Demográfico)	
47. Número electoral:		49. Origen Hispano del fallecido: Seleccione <u>la alternativa que mejor describa</u> si el fallecido es de origen Hispano/Latino/Español. Seleccione "No" si el fallecido no es de origen Hispano/Latino/Español. Sí: <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Dominicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicanoamericano, Chicano <input type="checkbox"/> Otro Hispano/Latino/Español: (Especifique) _____ No: <input type="checkbox"/> No es Hispano/Latino/Español		50. Raza del fallecido: Seleccione <u>una o más razas</u> para indicar de qué raza el fallecido consideraba ser parte. <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana <input type="checkbox"/> India Americana o Nativa de Alaska (Nombre de la tribu principal) _____ <input type="checkbox"/> India Asiática <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro Asiático (Especifique) _____ <input type="checkbox"/> Nativa Hawaiana <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Otras Islas del Pacífico (Especifique) _____ <input type="checkbox"/> Otra (Especifique) _____	
48. Educación del fallecido: Indique el <u>grado académico más alto completado</u> al momento de la muerte. <input type="checkbox"/> 8vo grado o menos <input type="checkbox"/> 9no - 12mo grado; sin diploma <input type="checkbox"/> Graduado de escuela superior o GED completado <input type="checkbox"/> Algunos créditos universitarios, pero sin grado <input type="checkbox"/> Grado Asociado (ej., AA, AS) <input type="checkbox"/> Bachillerato (ej., BA, AB, BS) <input type="checkbox"/> Maestría (ej., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> Doctorado (ej., PhD, EdD) o Grado Profesional (eje: MD, DDS, DVM, LLB, JD)		51a. Ocupación usual del fallecido: Indique el tipo de trabajo realizado durante la mayor parte de su vida laboral. No indique retirado ni desempleado.			
51b. Fecha en que trabajó por última vez: Mes / Día / Año		51c. Cuántos años trabajó en esa ocupación:		52. Tipo de industria o negocio:	
53a. ¿Fue embalsamado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		53b. Nombre del embalsamador:		53c. Firma del embalsamador:	
53d. Número de licencia del embalsamador:		54a. Método de disposición del cuerpo: <input type="checkbox"/> Enterramiento <input type="checkbox"/> Donación <input type="checkbox"/> Traslado fuera de Puerto Rico <input type="checkbox"/> Cremación <input type="checkbox"/> Sepultura <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____		54b. Fecha de disposición: Mes / Día / Año	
55a. Nombre del lugar de la disposición: (Nombre del cementerio, crematorio, otro)		55b. Municipio:		55c. Estado o País:	
56a. Nombre completo de la facilidad funeraria o crematorio:		56b. Número de la facilidad funeraria o crematorio:		56c. Municipio de la facilidad funeraria o crematorio:	
57a. Nombre del director funerario:		57b. Firma del director funerario:		57c. Número de licencia del director funerario:	
58. Número de cédula de identidad: (ciudadanos extranjeros cuando aplique)					
Notas Adicionales y Comentarios					
<p>Instrucciones para llenar el Certificado de Defunción - Médicos, Forenses, Directores Funerarios</p> <p>Este documento constituye un <u>registro permanente</u>. Por tanto es importante que: (1) se use la hoja indicada por el Registro Demográfico, (2) se complete siguiendo las instrucciones específicas para cada pregunta, y (3) que toda la información escrita sea legible (se debe usar una impresora de alta resolución, maquinilla con cinta oscura y letras claras, o escrito en letra de molde usando tinta permanente negra o azul). El Registro Demográfico devolverá para que se rehaga todo certificado que se reciba con borraduras o alteraciones según dispuesto por ley.</p> <p>El Certificado de Defunción provee datos personales importantes acerca del fallecido y respecto a las condiciones y causa de muerte. Esta información se usa para el establecimiento de la sucesión y provee a los familiares tranquilidad y una documentación sobre la causa de muerte. A la misma vez, es la fuente para las estadísticas de mortalidad.</p> <p style="text-align: center;">Instrucciones para los Médicos que Declaran y Certifican la Muerte</p> <p>Sección de cuándo ocurrió la muerte: Las preguntas 18-19 y 21-23 siempre deben ser completadas. Si la persona que declara el hecho de muerte, es distinta a la que completa el resto de la parte médica del certificado, la persona que declara debe llenar las preguntas 18-20c. Si el médico que certifica, completa las preguntas 18 y 19 así como de la 24 a la 44b, los encasillados 20a hasta 20c pueden ser dejados en blanco.</p> <p>Preguntas 18-19 y 21-22 - Fecha y hora de muerte: Escriba en letras el mes de la muerte. Si la fecha exacta de la muerte es desconocida, marque el encasillado de <u>aproximada</u>. Si la fecha no puede aproximarse, escriba la fecha en que se encontró el cadáver y marque el encasillado de <u>fecha hallazgo</u>. La fecha de la declaración y la fecha actual pueden ser iguales. Escriba la hora y minutos exactos, y AM o PM. Si la hora es estimada, marque el encasillado de <u>aproximada</u>.</p> <p>La principal responsabilidad del médico en el registro de una defunción es completar <u>toda la parte médica</u> del certificado de defunción (certificar y especificar la causa de la muerte). El médico que atendió al fallecido durante la enfermedad ("attending physician" o médico de cabecera) es responsable de certificar la causa de muerte porque es el más indicado para determinar cuál, de varias condiciones, fue directamente responsable del fallecimiento; y cuáles condiciones anteriores, si alguna, dieron lugar o llevaron a la causa directa. Únicamente, cuando el médico que atendió al fallecido no esté disponible para certificar la causa y declarar el hecho de muerte, otro médico podrá declarar la misma.</p> <p>Pregunta 24 – Causa de Muerte - Parte I (Cadena de eventos que llevaron directamente a la muerte) <u>Solamente una causa</u> debe ser anotada en cada línea. La <u>línea (a)</u> SIEMPRE debe ser completada. NO LA DEJE EN BLANCO. Si la condición en la <u>línea (a)</u> resultó de una condición anterior (básica), escriba la condición anterior (básica) en la <u>línea (b)</u>, y así sucesivamente, hasta que la secuencia completa esté reportada. SIEMPRE registre la causa anterior (básica) como la línea más baja usada en la Parte I. <u>Para cada causa</u> indique el mejor estimado de intervalo de tiempo desde que se presume el comienzo hasta la fecha de muerte. Los términos "desconocido" o "aproximado" pueden ser usados. Términos generales como minutos, horas, días, son aceptables, si son necesarios. NO LO DEJE EN BLANCO. <u>El evento terminal</u> (por ejemplo, para cardíaco o respiratorio) <u>no debe ser usado</u>. Si el mecanismo de la muerte aparenta ser el más apropiado para la <u>línea (a)</u>, entonces debe enumerar siempre la(s) causa(s) en las líneas debajo (eje. paro cardíaco debido a aterosclerosis de las arterias coronarias). <u>Si un fallo sistémico de órganos</u> como fallo cardíaco congestivo, fallo hepático, fallo renal o fallo respiratorio es mencionado como la causa de la muerte, siempre reporte la etiología en las líneas subsiguientes (eje. fallo renal debido a diabetes mellitus Tipo I). <u>Cuando se indiquen neoplasia</u> como causa de muerte, incluya lo siguiente: 1) localización primaria o que la localización primaria es desconocida, 2) benigno o maligno, 3) tipo de célula o que el tipo de célula es desconocido, 4) grado de neoplasia, y 5) parte o lóbulo del órgano afectado. (Eje. "a primary well-differentiated squamous cell carcinoma, lung, left upper lobe"). <u>Siempre reporte una lesión fatal</u> (eje. herida de puñalada al pecho), el trauma (eje. transección de la vena subclavia), y la función afectada (eje. embolia por aire).</p> <p>Pregunta 25 – Parte II (Otras condiciones significativas) Anote todas las enfermedades o condiciones que contribuyeron a la muerte pero que no fueron reportadas en la cadena de eventos de la Parte I, y que no resultaron en la causa básica de muerte.</p> <p style="text-align: center;">Instrucciones para los Directores Funerarios</p> <p>Los directores funerarios tienen la responsabilidad de llenar los apartados 1 al 17d, y del 47 al 58. Además debe verificar que el certificado esté completado en todas sus partes (inclusive los encasillados 18 a 44b).</p>					