

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN EV-14

SECCIÓN I: IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO(A)

1. PRIMER APELLIDO 1.102	2. SEGUNDO APELLIDO De Nota	3. PRIMER NOMBRE Deba	4. SEGUNDO NOMBRE EUSEBIA
5. CÉDULA DE IDENTIDAD / N° DE PASAPORTE / OTROS 3.225971	6. SEXO ☒ M ☐ F	7. FECHA DE NACIMIENTO Día 16 Mes 12 Año 33	8. FECHA DE DEFUNCIÓN Día 15 Mes 2 Año 13
9. HORA 1.15 AM ☐ PM ☒	10. LUGAR DE NACIMIENTO ☐ En Venezuela: Entidad Federal GUAYAS ☐ En el Exterior: País	11. PERTENENCIA A ALGUNA ETNIA O PUEBLO INDÍGENA ☐ Si ☒ No	
12. TUVO ASISTENCIA MÉDICA ☒ Si ☐ No		13. SITIO DONDE OCURRIÓ LA MUERTE ☐ Hospital ☒ Casa ☐ Sitio de Trabajo ☐ Clínica ☐ Vía Pública ☐ Ignorado	
14. ESTABLECIMIENTO DE SALUD ☐ Público ☐ Privado ☐ ¿Cuál?		15. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA MUERTE ENTIDAD FEDERAL MIKANDIA MUNICIPIO CHACAO PARROQUIA CHACAO LOCALIDAD/COMUNIDAD ALTAMIRA	
16. DIRECCIÓN FINAL 8VA AV. de ALTAMIRA Dto Bellita			
17. DATOS DE LA PARTIDAZO DE NACIMIENTO EN CASO DE NO ESTAR CEDULADO (Llene para la defunción Tipo 3, tanto para los niños de 1 año o más, así como para los que no tienen Cédula de Identidad, independiente de su edad) N° Tomo _____ N° de Folio _____ N° Libro _____ N° Acta _____ Entidad Federal _____ Parroquia _____ ☐ UHREC ☐ OPREC			

SECCIÓN II: MENORES DE UN AÑO O MUERTE FETAL (Llene para la Defunción Tipo 1 y 2)

18. EDAD ☐ Horas ☐ Días ☐ Meses ☐ ¿Cuántos?	19. DURACIÓN DEL EMBARAZO (En Semanas de Gestación)	20. TIPO DE EMBARAZO ☐ Único ☐ Múltiple ☐ ¿Cuántos?
21. TIPO DE PARTO ☐ Vaginal ☐ Cesárea ☐ Instrumental	22. ASISTENTE DEL PARTO ☐ Médico (s) ☐ Comadrona ☐ Otros ☐ Especifique	23. MUERTE EN RELACIÓN AL PARTO ☐ Antes ☐ Después ☐ Durante ☐ Ignorado
24. PESO DEL FETO O RECIÉN NACIDO (En Gramos)		

DATOS DE LA MADRE

25. PRIMER APELLIDO	26. SEGUNDO APELLIDO	27. PRIMER NOMBRE	28. SEGUNDO NOMBRE
29. CÉDULA DE IDENTIDAD / N° DE PASAPORTE / OTROS ☐ V ☐ E ☐ PASAPORTE ☐ OTRO	30. EDAD	31. NÚMERO DE HIJOS TENIDOS Nacidos vivos Actualmente vivos Nacidos vivos que han fallecido Muertes Fetales	32. SITUACIÓN CONYUGAL ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Unido ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Separada
33. NIVEL EDUCATIVO Y ÚLTIMO GRADO O AÑO APROBADO ☐ Ninguno ☐ Media, Diversificada y Profesional ☐ Año ☐ Preescolar ☐ Superior ☐ Semestre ☐ Básica ☐ Ignorado ☐ Trimestre		34. PROFESIÓN	
35. LUGAR RESIDENCIA HABITUAL ENTIDAD FEDERAL _____ MUNICIPIO _____ PARROQUIA _____ LOCALIDAD/COMUNIDAD _____		36. OCUPACIÓN	
37. DIRECCIÓN			

SECCIÓN III: 1 AÑO O MÁS (Llene para la Defunción Tipo 3)

39. EDAD 79	40. NÚMERO DE HIJOS TENIDOS (Solo para Sexo Femenino) Nacidos Vivos 7 Actualmente Vivos 6 Nacidos Vivos que han fallecido 1 Muertes Fetales	41. SITUACIÓN CONYUGAL ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Unido ☒ Casado ☐ Viudo ☐ Separado	42. SABÍA LEER Y ESCRIBIR ☒ Si ☐ No
43. NIVEL EDUCATIVO Y ÚLTIMO GRADO O AÑO APROBADO ☐ Ninguno ☐ Media, Diversificada y Profesional ☐ Año ☐ Preescolar ☐ Superior ☐ Semestre ☐ Básica ☐ Ignorado ☐ Trimestre	44. PROFESIÓN Higienista Dental	45. OCUPACIÓN	
46. LUGAR RESIDENCIA HABITUAL ENTIDAD FEDERAL MIKANDIA MUNICIPIO CHACAO PARROQUIA CHACAO LOCALIDAD/COMUNIDAD ALTAMIRA	47. DIRECCIÓN FINAL 8VA AV. de ALTAMIRA Dto Bellita		

SECCIÓN IV: MUERTE MUJERES EN EDAD FÉRTIL

48. PRESENCIA DE EMBARAZO ☐ Al momento de la muerte ☐ En los últimos 12 meses ☐ No ☐ Ignorado
--

SECCIÓN V: MUERTE VIOLENTA PRESUNTIVA

49. TIPO DE MUERTE VIOLENTA PRESUNTIVA: ☐ Accidental ☐ Agresión ☐ Ignorado ☐ Autoinfligida intencional ☐ Estudio Forense	50. FECHA DEL HECHO VIOLENTO Día _____ Mes _____ Año _____	51. HORA ☐ AM ☐ PM	52. SITIO DEL HECHO VIOLENTO ☐ Vivienda ☐ Sitio de Trabajo ☐ Vía Pública ☐ Otro Especifique:
---	---	---	---

53. BREVE DESCRIPCIÓN DEL SUCESO:

SECCIÓN VI: CERTIFICACIÓN MÉDICA

54. CAUSA DE LA MUERTE (Asigne una en cada línea) (En caso de muerte fetal o de menores de 7 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en c y d) I. Causa Directa Enfermedad o Estado Patológico que produjo la muerte directamente Desequilibrio Hídrico electrolítico SPRINGER HEPATASIS de COLON Causa Antecedentes Estados morbosos si existiera alguno, que produjeran la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica.	55. INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL INICIO DE ENFERMEDAD Y LA MUERTE: 7 días 3 años y 6 meses	56. CÓDIGO
II. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUYEN A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD O ESTADO MORBOSO QUE LA PRODUJO		

57. DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR ☐ Autopsia ☐ En proceso ☒ Examen de Laboratorio ☐ Historia Clínica ☐ Interrogatorio (familiar o testigo) ☐ Otro (Especifique)	58. MÉDICO FIRMANTE ☒ Tratante ☐ Médico de Guardia ☐ Forense ☐ Otro (Especifique)
--	---

SECCIÓN VII: RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN

59. TIPO DE CERTIFICACIÓN ☒ Médica ☐ No Médica	60. APELLIDOS Y NOMBRES DEL MÉDICO RESPONSABLE GONZALEZ B. ADOLFO	61. CÉDULA DE IDENTIDAD / N° DE PASAPORTE / OTROS 5.831.932	62. FIRMADO Adolfo Gonzalez B.
63. DIRECCIÓN DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN O INSTITUCIÓN DONDE PRESTA SERVICIO Centro Médico Hiperbarico URG EL NARVENC	64. TELÉFONO DEL MÉDICO RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN 0212 2332933	65. CARGO DEL RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN NO MÉDICA Dir Medico	
66. EN CASO DE CERTIFICACIÓN NO MÉDICA			

SECCIÓN VIII: DATOS DEL REGISTRO CIVIL

67. LUGAR DE REGISTRO ENTIDAD FEDERAL _____ MUNICIPIO _____ PARROQUIA _____ LOCALIDAD/COMUNIDAD _____	68. DESTINO DEL CADÁVER ☐ Inhumación ☐ Cremación ☐ Donación	69. N° DE PERMISO Lugar _____ Fecha _____	70. UBICACIÓN DEL REGISTRO CIVIL ☐ U.H.R.E.C.P. ☐ O.P.R.E.C.P.	71. FIRMA Y SELLO
72. FECHA DE REGISTRO Día _____ Mes _____ Año _____			73. APELLIDO Y NOMBRE DE LA MADRE DEL FALLECIDO(A)	
74. CÉDULA DE IDENTIDAD / N° PASAPORTE ☐ V ☐ E ☐ PASAPORTE ☐ OTRO			75. N° de Tomo: _____ N° de Folio: _____ N° de Libro: _____ N° de Acta: _____	