

SECCIÓN I: IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (A)

1. PRIMER APELLIDO Mota	2. SEGUNDO APELLIDO Nuez	3. PRIMER NOMBRE EGLÉ	4. SEGUNDO NOMBRE MERCEDES	
5. CÉDULA DE IDENTIDAD / N° DE PASAPORTE / OTROS ☒ V ☐ E ☐ PASAPORTE ☐ OTRO 3.979.989	6. SEXO ☐ M ☒ F	7. FECHA DE NACIMIENTO Día 14 Mes 5 Año 54	8. HORA Día 17 Mes 6 Año 12 6:30 ☐ AM ☒ PM	
9. LUGAR DE NACIMIENTO ☒ En Venezuela: Entidad Federal ☐ En el Exterior: País	10. ESTABLECIMIENTO DE SALUD ☐ Público ☐ Privado ☐ ¿Cuál?	11. PERTENENCIA A ALGUNA ETNIA O PUEBLO INDÍGENA ☐ Si → ¿Cuál? ☒ 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: Miranda MUNICIPIO: Chacao PARROQUIA: Chacao LOCALIDAD: Altamira	16. DIRECCIÓN: Av. San Felipe Edificio Piedra Alta Piso 3 apto 31A	
17. DÍA DE LA MUERTE (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, diferenciándose de su edad)				18. TIPO DE DEFUNCION ☐ UH ☐ OF

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

19. DURACIÓN DEL EMBARAZO (Semanas de Gestación) ☐ Meses ☐ Días ☐ Horas ¿Cuántos?	20. TIPO DE EMBARAZO ☐ Único ☐ Múltiple → Especifique	21. TIPO DE PARTO ☐ Vaginal ☐ Cesárea ☐ Instrumental	22. ASISTENTE DEL PARTO ☐ Médico(a) ☐ Comadrona ☐ Otros → Especifique	23. MUERTE EN RELACIÓN AL PARTO ☐ Antes ☐ Después ☐ Durante ☐ Ignorado	24. PESO DEL FETO O RECIÉN NACIDO (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 VIVOS Nacidos vivos: ☐ Actualmente vivos: ☐ Muertos Fatales: ☐	32. SITUACIÓN CONYUGAL ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Unido ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Separada
33. SABE LEER Y ESCRIBIR ☐ Si ☐ No	34. NIVEL EDUCATIVO Y ÚLTIMO GRADO O AÑO APROBADO ☐ Ninguno ☐ Media, Diversificada y Profesional ☐ Superior ☐ Básico ☐ Grado ☐ Ignorado	35. PROFESIÓN	36. OCUPACIÓN
37. LUGAR RESIDENCIA HABITUAL ENTIDAD FEDERAL: Miranda MUNICIPIO: Chacao PARROQUIA: Chacao LOCALIDAD: Altamira	38. DIRECCIÓN: Av. San Felipe Edificio Piedra Alta Piso 3 apto 31A		

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

39. EDAD 58	40. NÚMERO DE HIJOS VIVOS (Solo para Sexo Femenino) Nacidos Vivos: 1 Actualmente Vivos: 1 Nacidos Vivos que han fallecido: 0 Muertos Fatales: 0	41. SITUACIÓN CONYUGAL ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Unido ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Separada	42. SABE LEER Y ESCRIBIR ☐ Si ☐ No
43. NIVEL EDUCATIVO Y ÚLTIMO GRADO O AÑO APROBADO ☐ Ninguno ☐ Media, Diversificada y Profesional ☐ Superior ☐ Básico ☐ Grado ☐ Ignorado	44. PROFESIÓN Computación	45. OCUPACIÓN Ama de Casa	
46. LUGAR RESIDENCIA HABITUAL ENTIDAD FEDERAL: Miranda MUNICIPIO: Chacao PARROQUIA: Chacao LOCALIDAD: Altamira	47. DIRECCIÓN: Av. San Felipe Edificio Piedra Alta Piso 3 apto 31A		

SECCIÓN IV: MUERTE DE MUJERES EN EDAD FERTIL

48. INTERVALO DE TIEMPO ENTRE LA MUERTE Y EL PARTO ☐ Al momento de la muerte ☐ En los últimos 12 meses ☐ No ☐ Ignorado

SECCIÓN V: MUERTE VIOLENTA PRESUNTIVA

49. TIPO DE MUERTE VIOLENTA PRESUNTIVA ☐ Asesinato ☐ Agresión ☐ Ignorado ☐ Suicidio ☐ Estrés 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: _____
---	---	---	---

SECCIÓN VI: CERTIFICACIÓN MÉDICA

53. CAUSA DE LA MUERTE (Responda una en cada línea) (En caso de muerte fetal o de neonatos de 7 años, informe también las causas maternas directas e indirectas en c y d) a) Causa Directa: Insuficiencia respiratoria aguda b) Debido a (o como consecuencia de): Edema cerebral c) Causa Intermediaria: Glioblastoma multiforme d) Debido a (o como consecuencia de): _____ e) Debido a (o como consecuencia de): _____	54. INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL INICIO DE ENFERMEDAD Y LA MUERTE: 3 meses 18 meses	55. CÓDIGO
--	--	------------

II. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUYEN A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD O ESTADO MORBOSO QUE LA PRODUJO

56. DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR ☐ Autopsia ☐ En el momento ☐ Examen de Laboratorio ☐ Historia Clínica ☒ Examen del cadáver ☐ Historia Clínica	57. MÉDICO FIRMANTE ☐ Tratante ☒ Médico de Guardia ☐ Forense ☐ Otro (Especifique)
---	---

SECCIÓN VII: RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN

58. TIPO DE CERTIFICACIÓN ☒ Médica ☐ No Médica	59. APELLIDOS Y NOMBRES DEL RESPONSABLE Uzcátegui Machuca Carly Cristina	60. CÉDULA DE IDENTIDAD / N° DE PASAPORTE / OTROS ☒ V ☐ E ☐ PASAPORTE ☐ OTRO 18.750.8415
61. DIRECCIÓN DEL RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN O INSTITUCIÓN DONDE PRESTA SERVICIO IMCAS Salud Chacao	62. TELÉFONO DEL RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN 0424 1466564	63. FIRMA <i>[Firma]</i>
64. CARGO DEL RESPONSABLE DE LA CERTIFICACIÓN NO MÉDICA	65. EN CASO DE CERTIFICACIÓN NO MÉDICA	

SECCIÓN VIII: DATOS DEL REGISTRO CIVIL

66. LUGAR DE REGISTRO ENTIDAD FEDERAL: Miranda MUNICIPIO: Chacao PARROQUIA: Chacao LOCALIDAD: Altamira
