

Certificado de defunción completo

¿Qué documento es?

El certificado de defunción es el documento oficial que acredita el fallecimiento de la persona, según su naturaleza, puede ser:

- Por muerte natural
- Por muerte accidental

El formulario consta de dos partes desglosables:

- Parte I:
 - a. Certificado de Defunción (parte superior)
 - b. Declaración Jurada de Registro (en el reverso)
- Parte II (Inferior):
 - a. Informe estadístico de la defunción (en esta parte se detalla la causa básica del fallecimiento)

Es importante presentar la totalidad del documento, con todos los desglosables.

¿Dónde se consigue?

Se puede solicitar presencialmente en el establecimiento de salud (clínica u hospital) en el cual la persona fue atendida en su fallecimiento.

En el caso de muerte accidental el certificado de defunción debe ser tramitado en el Ministerio Público (en la Fiscalía que investigó el fallecimiento). La información respecto a la fiscalía a cargo del caso podrá ser solicitada en la comisaría en la que se declaró el hecho.

¿Quién puede solicitarlo?

El beneficiario directo (cónyuge y/o hijo(s) o en su defecto los padres), debiendo acreditar su relación con el fallecido.

¿Cuál es el costo aproximado?

El costo varía dependiendo el establecimiento de salud o fiscalía a cargo.

¿Cuánto tiempo dura aproximadamente el trámite?

El trámite tomará un tiempo aproximado de 15 días.

Modelo del certificado de defunción

- Cara anterior

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:

Archivarse en la Oficina de Registro Civil

CERTIFICADO DE DEFUNCION

El que suscribe certifica que: atendió al difunto en su última enfermedad ó únicamente constató la defunción

Nombre y apellidos del fallecido _____ sexo: Hombre Mujer

Edad _____ Documento de Identidad: _____ Nº _____ Fecha de fallecimiento: al día _____ del _____ del año _____ a las _____ horas, Ocurrido en: _____ Dpto. _____

Localidad (CALLE, AV. / Pq. / Mta. / Otro) _____ Distrito _____

Provincia de _____ Departamento _____

La causa básica de muerte: _____

Nombre y apellido del que certifica la defunción _____ Colegiatura _____

Lugar y fecha de certificación _____ Firma y sello _____

Causa de Muerte: Se registra la enfermedad que inició la cadena de acontecimientos patológicos que causan directamente a la muerte o las circunstancias del accidente que produce la lesión fatal.

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION (Solo para uso estadístico) Nro. serie:

DISTRIBUCION GRATUITA

1 Oficina de Estadística (Lugar de Procesamiento)

2 Identificación del fallecido

11 Departamento: _____ 21 Nombres: _____

12 Provincia: _____ 22 Primer Apellido (Paterno): _____

13 Distrito: _____ 23 Segundo Apellido (Materno): _____

14 Localidad: _____ 24 Apellido de Casado: _____

Solo Para ser llenado por el Codificador MINSA

Tipo de Documento de Identidad: _____

31 Sexo: 1. Hombre 2. Mujer 3. Indeterminado 32 Edad: _____

33 Estado conyugal/matrimonial: Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Soltero(a) Viudo(a) Ign.

34 Nivel de Instrucción: Ningún nivel / iletrado Secundaria Completa Inicial / Pre-escolar Superior No universitaria Incompleta Primaria Incompleta Superior No universitaria Completa Primaria Completa Superior universitaria Incompleta Secundaria Incompleta Superior universitaria Completa Ignorado

35 Ocupación: Trabaja: 1. Si 2. No 3. Ign. 36 En que: _____

3 Datos del Fallecido

4 Residencia Habitual del Fallecido

41 País: _____

42 Departamento: _____

43 Provincia: _____

44 Distrito: _____

45 Localidad: _____

46 Dirección de la residencia habitual del fallecido: _____

5 Lugar, fecha y hora de fallecimiento

51 Departamento: _____

52 Provincia: _____

53 Distrito: _____

54 Localidad: _____

55 Dirección: _____

56 Fecha: (d/m/a) _____ Hora: (de 0 a 24 hrs) _____

57 Sitio de ocurrencia: 1. Establecimiento de salud 2. Domicilio 3. Centro de trabajo 4. Via pública 5. Otro 9. Ignorado

Institución: MINSA ExSALUD FF.AA. y PNP Privado Otros

6 Causa de la defunción

61 Certificado por: 1. Médico 2. Otro profesional de salud 3. Otro

62 El que certifica declara: 1. Habiendo atendido al difunto en su última enfermedad 2. Sin haberlo atendido

63 Causa de la defunción

a) Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente (a) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____

b) CAUSAS ANTECEDENTES (b, c y d) Estados morbosos que precedieron a la causa asignada, que produjeron la causa asignada en otro lugar que la causa básica. Debido a (o como consecuencia de) _____

c) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____

d) _____ Debido a (o como consecuencia de) _____

e) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbose que la produjo. _____

Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____

En este recuadro se describe la **Causa de la defunción**. Secuencia de los diagnósticos que causaron la muerte:

a) **Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente**, es decir, la "Causa Directa": lesión, enfermedad, o complicación causante del fallecimiento.

b) **Causa Intermedia**: si existe, es la complicación que se relaciona a la causa básica y que contribuyó al desenlace fatal.

c) y d) **Causa Básica**, se anota la enfermedad o lesión que inicia la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte; o las circunstancias del accidente que produjeron la lesión fatal, o enfermedad que causó la muerte.

- Cara posterior

DECLARACION JURADA DE REGISTRO				
PARA SER ANOTADO POR EL DECLARANTE O EN SU DEFECTO POR EL REGISTRADOR CIVIL IMPRESIÓN DIGITAL DEL DECLARANTE	Nombres y Apellidos del fallecido: _____ de sexo _____ Tipo de Doc. Ident: _____ N° _____ Domicilio: _____ _____ de _____ de edad, fallecido el _____ de _____ de 20____ a las _____ horas			
	Nombres y Apellidos del Padre: _____			
	Nombres y Apellidos de la Madre: _____			
	Nombres y Apellidos del(a) Cónyuge: _____			
	Nombres y Apellidos del Declarante: _____			
	Domicilio del declarante: _____			
	Documento de identidad: _____ Firma del declarante: _____			
	Libro N° _____ 16 Acta N° _____ 17 Fecha: _____			
	<table border="1" style="display: inline-table;"> <tr> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">0</td> <td style="width: 20px;">0</td> </tr> </table>	2	0	0
	2	0	0	
Corte aquí →				

6	Causa de la defunción	64 En caso de muerte violenta o Causa Externa especifique si fue: 1. Suicidio <input type="checkbox"/> 2. Homicidio <input type="checkbox"/> 3. Accidente de tránsito o transporte <input type="checkbox"/> 4. Accidente de trabajo <input type="checkbox"/> 5. Otro accidente <input type="checkbox"/> 9. Ignorado <input type="checkbox"/>						
	65 Se realizó autopsia al fallecido:	1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>						
7	Datos de la persona que certifica la defunción	71 La persona que llena estos datos es: Médico <input type="checkbox"/> Otro profesional de salud <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> 72 Nombre y apellido: _____ 73 DNI: _____ 74 Profesión: _____ 75 N° de Colegio profesional: <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 76 Dirección: _____ 77 Distrito: _____ 78 Firma y Sello: _____ <small>Jr. / Calle / Av. / Pq. / Mza. / Otro</small>						
	8	Muerte de Mujeres asociados a Gestación, Parto y Puerperio	81 Durante: 1. Embarazo <input type="checkbox"/> 4. Defunción materna Tardía (43 días - 364 días) <input type="checkbox"/> 2. Parto <input type="checkbox"/> 9. Ignorado <input type="checkbox"/> 3. En el Puerperio (hasta 42 días) <input type="checkbox"/>					
		82 Edad gestacional (22 semanas y más)	1. En semanas <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 15px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					
9. Ignorado <input type="checkbox"/>								

INSTRUCCIONES GENERALES:

- El informe estadístico debe ser remitido a través del Registro civil al Establecimiento de Salud más cercano ó el Establecimiento de Salud podrá recogerlo directamente del Registro Civil más cercano.
- El Responsable de la Certificación de la defunción deberá llenar todas las variables contenidas en el presente formulario con letra clara o imprenta
- En caso de Muerte Violenta, Sospechosa o por Causa Externa, el Médico Legista ó el médico que designe la autoridad competente también deberá llenar el presente formulario.
- Si la fallecida estuvo embarazada o en estado de puerperio deberá llenarse además la sección 8.
- Está terminantemente prohibido que el Médico u Otro Profesional de Salud certifique la defunción de los familiares directos o personas que están bajo su dependencia.
- En caso de desconocerse el sexo o la edad solicitado en el presente formulario el responsable de la certificación deberá hacer todo el esfuerzo necesario para conjeturarlos o estimarlos.
- **PARO CARDIACO NO ES UNA CAUSA BÁSICA DE MUERTE, SOLO ES UN MODO DE MORIR.**