

CONFIDENCIAL
Los datos que el DANE solicita en este formulario son estrictamente confidenciales, están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, Artículo 5.°.

NÚMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

(Consulte instrucciones al respaldo)

| I. INFORMACIÓN GENERAL | | | |
|---|--|--|---|
| LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Departamento _____ | | Municipio _____ | |
| ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> Cabecera municipal <input type="checkbox"/> Centro poblado: _____ <input type="checkbox"/> Rural disperso Inspección, corregimiento o caserío | | TIPO DE DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> No fetal | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Año: ____ Mes: ____ Día: ____ |
| SEXO DEL FALLECIDO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indeterminado | | APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____ | |
| TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO <input type="checkbox"/> Registro civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Sin información <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otro: ¿Cuál? _____ | | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) _____ | PROBABLE MANERA DE MUERTE <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Violenta <input type="checkbox"/> En estudio |
| DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO <input type="checkbox"/> 1. Indígena <input type="checkbox"/> 2. Gitano(a) o Rrom <input type="checkbox"/> 3. Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina <input type="checkbox"/> 4. Palenquero(a) de San Basilio <input type="checkbox"/> 5. Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente <input type="checkbox"/> 6. Ningún grupo étnico ¿A cuál pueblo indígena pertenece? _____ | | | |

| DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | | | |
|---|--|--|--------------------------------------|
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____ | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) _____ | PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermero(a) <input type="checkbox"/> Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> Promotor(a) de salud | REGISTRO PROFESIONAL _____ |
| LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO Departamento: _____ Municipio: _____ Año: ____ Mes: ____ Día: ____ | | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN _____ | |

CONFIDENCIAL
Los datos que el DANE solicita en este formulario son estrictamente confidenciales, están protegidos bajo reserva estadística por la Ley 79 de 1993, artículo 5.°.

1. NÚMERO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

(Consulte instrucciones anexas)

| I. INFORMACIÓN GENERAL | | | |
|---|--|---|---|
| 2. LUGAR DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Departamento _____ | | Municipio _____ | |
| 3. ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> 1. Cabecera municipal <input type="checkbox"/> 2. Centro poblado: _____ Inspección, corregimiento o caserío <input type="checkbox"/> 3. Rural disperso | | | |
| 4. SITIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> 1. Hospital/clínica <input type="checkbox"/> 2. Centro/puesto de salud <input type="checkbox"/> 3. Casa/domicilio <input type="checkbox"/> 4. Lugar de trabajo <input type="checkbox"/> 5. Vía pública <input type="checkbox"/> 6. Otro sitio, ¿cuál? _____ <input type="checkbox"/> 9. Sin información | | | |
| 5. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN _____ Código: _____ | | | |
| 6. TIPO DE DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> 1. Fetal <input type="checkbox"/> 2. No fetal | | 7. FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Año: ____ Mes: ____ Día: ____ | |
| 8. HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Hora: ____ Minutos: ____ <input type="checkbox"/> Sin establecer | | 9. SEXO DEL FALLECIDO <input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Femenino <input type="checkbox"/> 3. Indeterminado Si la muerte es fetal, pase a la pregunta 19 | |
| 10. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____ | | | |
| 11. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO <input type="checkbox"/> 1. Registro civil <input type="checkbox"/> 2. Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> 3. Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> 9. Sin información <input type="checkbox"/> 4. Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> 5. Pasaporte <input type="checkbox"/> 6. Otro: ¿Cuál? _____ | | 12. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) _____ | 13. FECHA DE NACIMIENTO DEL FALLECIDO Año: ____ Mes: ____ Día: ____ |
| 14. ESTADO CONYUGAL DEL FALLECIDO <input type="checkbox"/> 1. No estaba casado(a) y llevaba dos o más años viviendo con su pareja <input type="checkbox"/> 2. No estaba casado(a) y llevaba menos de dos años viviendo con su pareja <input type="checkbox"/> 3. Estaba separado(a), divorciado(a) <input type="checkbox"/> 4. Estaba viudo(a) <input type="checkbox"/> 5. Estaba soltero(a) <input type="checkbox"/> 6. Estaba casado(a) <input type="checkbox"/> 9. Sin información | | 15. EDAD DEL FALLECIDO <input type="checkbox"/> 0. Menor de una hora (en minutos)(00-59) <input type="checkbox"/> 1. Menor de un día (en horas)(01-23) <input type="checkbox"/> 2. Menor de un mes (en días)(01-29) <input type="checkbox"/> 3. Menor de un año (en meses)(01-11) <input type="checkbox"/> 4. De un año o más (en años cumplidos) Edad | |
| 16. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ EL FALLECIDO <input type="checkbox"/> 1. Preescolar <input type="checkbox"/> 2. Básica primaria <input type="checkbox"/> 3. Básica secundaria <input type="checkbox"/> 4. Media académica o clásica <input type="checkbox"/> 5. Media técnica <input type="checkbox"/> 6. Normalista <input type="checkbox"/> 7. Técnica profesional <input type="checkbox"/> 8. Tecnológica <input type="checkbox"/> 9. Profesional <input type="checkbox"/> 10. Especialización <input type="checkbox"/> 11. Maestría <input type="checkbox"/> 12. Doctorado <input type="checkbox"/> 13. Ninguno <input type="checkbox"/> 99. Sin información Último año o grado aprobado ____ | | | |
| 17. LA OCUPACIÓN PUDO SER CAUSA O ESTAR ASOCIADA CON LA DEFUNCIÓN <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> Accidente de trabajo <input type="checkbox"/> Enfermedad profesional ¿Cuál fue la última ocupación habitual del fallecido? _____ | | 18. DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLO O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO <input type="checkbox"/> 1. Indígena <input type="checkbox"/> 2. Gitano(a) o Rrom <input type="checkbox"/> 3. Raizal del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina <input type="checkbox"/> 4. Palenquero(a) de San Basilio <input type="checkbox"/> 5. Negro(a), mulato(a), afrocolombiano(a) o afrodescendiente <input type="checkbox"/> 6. Ningún grupo étnico ¿A cuál pueblo indígena pertenece? _____ | |
| 19. LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, EL DE LA MADRE) País _____ Departamento _____ Municipio _____ | | | |
| 20. ÁREA DE RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, EL DE LA MADRE) <input type="checkbox"/> 1. Cabecera municipal Barrio: _____ Localidad o comuna: _____ Dirección: _____ <input type="checkbox"/> 2. Centro poblado (inspección, corregimiento o caserío) _____ <input type="checkbox"/> 3. Rural disperso Vereda: _____ | | | |
| 21. RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DEL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, EL DE LA MADRE) <input type="checkbox"/> 1. Contributivo <input type="checkbox"/> 2. Subsidiado <input type="checkbox"/> 3. Excepción <input type="checkbox"/> 4. Especial <input type="checkbox"/> 5. No asegurado | | 22. ENTIDAD ADMINISTRADORA EN SALUD A LA QUE PERTENECIÓ EL FALLECIDO (PARA MUERTE FETAL O DE MENOR DE UN AÑO, LA ENTIDAD ADMINISTRADORA A LA QUE PERTENECE LA MADRE) Tipo de administradora <input type="checkbox"/> 1. Entidad Promotora de Salud <input type="checkbox"/> 2. Entidad Promotora de Salud-Subsidiado <input type="checkbox"/> 3. Entidad Adaptada de Salud <input type="checkbox"/> 4. Entidad Especial de Salud <input type="checkbox"/> 5. Entidad Excepcionada de Salud Nombre de la administradora: _____ | |
| 23. PROBABLE MANERA DE MUERTE <input type="checkbox"/> 1. Natural <input type="checkbox"/> 2. Violenta <input type="checkbox"/> 3. En estudio | | 24. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN EXPEDIDO POR: <input type="checkbox"/> 1. Médico tratante <input type="checkbox"/> 2. Médico no tratante <input type="checkbox"/> 3. Médico legista <input type="checkbox"/> 4. Personal de salud autorizado <input type="checkbox"/> 5. Funcionario del Registro Civil | |

| II. DEFUNCIÓNES FETALES O DE MENORES DE UN AÑO | | |
|---|---|---|
| 25. LA MUERTE FETAL O DEL MENOR DE UN AÑO OCURRIÓ CON RELACIÓN AL PARTO <input type="checkbox"/> 1. Antes <input type="checkbox"/> 2. Durante <input type="checkbox"/> 3. Después <input type="checkbox"/> 4. Ignorado | 26. TIPO DE PARTO. EL FETO O EL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO NACIÓ POR PARTO: <input type="checkbox"/> 1. Espontáneo <input type="checkbox"/> 2. Cesárea <input type="checkbox"/> 3. Instrumentado <input type="checkbox"/> 4. Ignorado | 27. MULTIPLICIDAD. EL FETO O EL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO NACIÓ DE UN EMBARAZO: <input type="checkbox"/> 1. Simple <input type="checkbox"/> 2. Doble <input type="checkbox"/> 3. Triple <input type="checkbox"/> 4. Cuádruple o más <input type="checkbox"/> 5. Ignorado |
| 28. TIEMPO DE GESTACIÓN DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO <input type="checkbox"/> Semanas completas <input type="checkbox"/> Ignorado | 29. PESO AL NACER DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO ____ Gramos | |

Continúe al respaldo

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

El certificado de defunción antecedente para el registro civil, se constituye en requisito para la inscripción en el registro civil y para la expedición de la licencia de inhumación. **LA FIRMA DE LA PERSONA QUE LO DILIGENCIA GARANTIZA LA VALIDEZ DEL DOCUMENTO.**

INSTRUCCIONES GENERALES

- El certificado debe ser llenado en letra de imprenta, clara y legible, sin borrones ni enmiendas.
- Marcar con una equis (x) la opción seleccionada para cada pregunta.
- Es indispensable hacer las indagaciones necesarias para obtener la información completa y veraz, pues todos los datos son importantes para el Sistema Nacional de Registro Civil.
- Verifique siempre todos los datos que consigne, tales como lugar donde ocurrió la defunción, y nombres completos más número de identificación, tal como figuran en el documento de identificación del fallecido; esto con el fin de evitar contratiempos en la notaría o registraduría.
- El certificado debe ser llenado en su totalidad, no se deben dejar espacios en blanco, de lo contrario la Oficina de Registro Civil no lo acepta como válido.
- Para efecto de garantizar la calidad, brindar confiabilidad y evitar duplicidades, el certificado se halla numerado; por tal razón, **NO SE ACEPTAN CERTIFICADOS DILIGENCIADOS EN FOTOCOPIAS.**

CONTENIDO

Tipo de defunción: Marcar con una equis (X) en la casilla correspondiente, según si la defunción, objeto del certificado, haya sido una muerte fetal o no.

La muerte fetal no es objeto de registro civil (Artículo 78 del Decreto 1260 de 1970), por lo tanto el certificado solo se presenta en la oficina encargada de expedir la licencia de inhumación.

Hora en que ocurrió la defunción: Registrar la hora y minutos de la defunción en formato de hora militar. La casilla «Sin establecer» solo es aceptada en casos de muertes violentas o muertes fatales, en las cuales no se puede determinar la hora de fallecimiento.

Sexo del fallecido: La casilla «Indeterminado» debe ser utilizada únicamente para los casos en que, por el estado del cadáver, no es posible determinarlo.

Probable manera de muerte: Con la información disponible, especificar si la defunción fue natural o violenta. La casilla «en estudio» se usa solo cuando en el momento de diligenciar el certificado no se ha podido establecer la manera de muerte; esta casilla es para uso exclusivo de Medicina Legal.

De acuerdo con la cultura, pueblo o rasgos físicos el fallecido era o se reconocía como: hace referencia a cómo se reconocía o cómo se consideraba a sí mismo el fallecido, de acuerdo con la pertenencia cultural, Si seleccionó 1. Indígena, escriba a cuál pueblo indígena pertenecía.

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

Apellidos y nombres, tipo y número de identificación y registro profesional de quien certifica; igualmente, se deberá indicar el lugar y la fecha de expedición del certificado.

La firma del médico o profesional de salud que expide el certificado conlleva su responsabilidad civil, penal y ética.

II. DEFUNCIÓNES FETALES O DE MENORES DE UN AÑO (conclusión)

DATOS DE LA MADRE DEL FETO O DEL MENOR DE UN AÑO FALLECIDO

| | | | |
|---|--|---|-----------------------------|
| 30. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) | | | |
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| 31. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE | | 32. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) | 33. EDAD DE LA MADRE |
| <input type="checkbox"/> 1. Registro civil <input type="checkbox"/> 2. Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> 3. Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> 9. Sin información <input type="checkbox"/> 4. Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> 5. Pasaporte <input type="checkbox"/> 6. Otro: ¿Cuál? _____ | | _____ | _____ Años cumplidos |
| 34. NÚMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y NACIDOS MUERTOS DE LA MADRE (INCLUYENDO EL PRESENTE) | 35. ESTADO CONYUGAL DE LA MADRE | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Nacidos vivos <input type="checkbox"/> 2. Nacidos muertos | <input type="checkbox"/> 1. No está casada y lleva dos o más años viviendo con su pareja <input type="checkbox"/> 2. No está casada y lleva menos de dos años viviendo con su pareja <input type="checkbox"/> 3. Está separada, divorciada <input type="checkbox"/> 4. Está viuda <input type="checkbox"/> 5. Está soltera <input type="checkbox"/> 6. Está casada <input type="checkbox"/> 9. Sin información | | |
| 36. ÚLTIMO AÑO DE ESTUDIOS QUE APROBÓ LA MADRE | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Preescolar <input type="checkbox"/> 2. Básica primaria <input type="checkbox"/> 3. Básica secundaria <input type="checkbox"/> 4. Media académica o clásica <input type="checkbox"/> 5. Media técnica <input type="checkbox"/> 6. Normalista <input type="checkbox"/> 7. Técnica profesional <input type="checkbox"/> 8. Tecnológica <input type="checkbox"/> 9. Profesional <input type="checkbox"/> 10. Especialización <input type="checkbox"/> 11. Maestría <input type="checkbox"/> 12. Doctorado <input type="checkbox"/> 13. Ninguno <input type="checkbox"/> 99. Sin información Último año o grado aprobado _____ | | | |

III. DEFUNCIÓNES DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL (10 A 54 AÑOS)

| | | |
|--|--|--|
| 37. ¿ESTABA EMBARAZADA CUANDO FALLECIÓ? | 38. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LAS ÚLTIMAS 6 SEMANAS? | 39. ¿ESTUVO EMBARAZADA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? |
| <input type="checkbox"/> 1. Sí (Pase a 40) <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Sin información | <input type="checkbox"/> 1. Sí (Pase a 40) <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Sin información | <input type="checkbox"/> 1. Sí (Pase a 40) <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 9. Sin información |

IV. MUERTES VIOLENTAS

| |
|---|
| 40. PROBABLE MANERA DE MUERTE <input type="checkbox"/> 1. Suicidio <input type="checkbox"/> 2. Homicidio <input type="checkbox"/> 3. Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> 4. Otro accidente <input type="checkbox"/> 5. En estudio |
| 41. ¿CÓMO OCURRIÓ EL HECHO? Escriba si fue herido (registre la clase de arma); ahogado (indique si fue en quebrada, río, pozo, piscina, etc.); atropellado (escriba si fue vehículo de motor, bicicleta, vehículo de tracción animal, etc., y especifique si el fallecido era conductor, pasajero o peatón); envenenado (anote la clase de veneno, droga, medicamento, gases o vapores). |
| 42. LUGAR O DIRECCIÓN DE OCURENCIA DEL HECHO |
| Departamento: _____ Municipio: _____ |
| Dirección de ocurrencia del hecho: _____ |

V. CAUSAS DE DEFUNCIÓN PARA TODOS LOS CASOS

| | |
|---|--|
| 43. ¿CÓMO DETERMINÓ LA CAUSA DE MUERTE? | 44. ¿RECIBIÓ ASISTENCIA MÉDICA DURANTE EL PROCESO QUE LO LLEVÓ A LA MUERTE? |
| <input type="checkbox"/> 1. Necropsia <input type="checkbox"/> 2. Historia clínica <input type="checkbox"/> 3. Pruebas de laboratorio <input type="checkbox"/> 4. Interrogatorio a familiares o testigos | <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. Ignorado |
| 45. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN | |
| ((En caso de muerte fetal, o de menores de 7 días, informe también las causas maternas directas o indirectas en c y d) (Consigne una causa por línea) | |
| I. CAUSA DIRECTA: mecanismo o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente. | Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte |
| a) Debido a: _____ | _____ |
| CAUSAS ANTECEDENTES: estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada en (a), mencionándose en el último lugar, la causa básica o fundamental. | |
| b) Debido a: _____ | _____ |
| c) Debido a: _____ | _____ |
| d) _____ | _____ |
| II. OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS IMPORTANTES: que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo: | _____ |
| 46. MUERTE SIN CERTIFICACIÓN MÉDICA (CERTIFICADO EXPEDIDO POR PERSONAL DE SALUD AUTORIZADO [ENFERMERO/A, AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PROMOTOR/A DE SALUD]) | |
| CAUSA PROBABLE DE MUERTE: _____ | |

DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

| | | | |
|--|---|---|---------------------------------|
| 47. APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) | | | |
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
| 48. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | 49. NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (TAL COMO FIGURA EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) | 50. PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | 51. REGISTRO PROFESIONAL |
| <input type="checkbox"/> 1. Cédula de ciudadanía <input type="checkbox"/> 2. Cédula de extranjería <input type="checkbox"/> 3. Pasaporte | _____ | <input type="checkbox"/> 1. Médico <input type="checkbox"/> 2. Enfermero(a) <input type="checkbox"/> 3. Auxiliar de enfermería <input type="checkbox"/> 4. Promotor(a) de salud <input type="checkbox"/> 5. Funcionario de registro civil | _____ |
| 52. LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO | | 53. FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN | |
| Departamento: _____ Municipio: _____ _____ _____ _____ Año ____ ____ Mes ____ ____ Día | | _____ | |