



Departamento Administrativo
Nacional de Estadística

REPUBLICA DE COLOMBIA

DOCUMENTO DE ENMIENDA DEL CERTIFICADO DE DEFUNCION

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Certificado No.

Documento No.

INFORMACION GENERAL

1 TIPO DE DEFUNCION Muerte fetal: Sí <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/>	2 FECHA DE DEFUNCION Año <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/>	3 LUGAR DE DEFUNCION Departamento _____ Municipio _____ Inspección, corregimiento o caserío _____
4 APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO Primer apellido _____ Segundo apellido _____ Nombre(s) _____		5 DOCUMENTO DE IDENTIFICACION TI <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> NIP <input type="checkbox"/> Sin información <input type="checkbox"/> No. <input type="text"/>

INFORMACION OBJETO DE ENMIENDA ESTADISTICA

6 HORA DE DEFUNCION Hora <input type="text"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Minutos <input type="text"/> Sin establecer <input type="checkbox"/>	7 SEXO Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	8 EDAD Menor de un día (horas) <input type="text"/> (00 - 23) Menor de un mes (días) <input type="text"/> (01 - 29) Menor de 2 años (meses) <input type="text"/> (01 - 23) De 2 o más años (años cumplidos) <input type="text"/>
9 PROBABLE MANERA DE MUERTE Natural <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Otro accidente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Accidente de tránsito <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/>		10 ¿COMO OCURRIO EL HECHO? Si herido (clase de arma); ahogado (lugar); atropellado (clase de vehículo); otros (veneno, etc.). 11 LUGAR O DIRECCION DE OCURRENCIA DEL HECHO

12 CAUSAS (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 LINEA) I. CAUSA DIRECTA Mecanismo o estado fisiopatológico que produjo la muerte directamente. a) Debido a: <input type="text"/> CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada en: a), mencionándose en último lugar d), la causa básica o fundamental b) Debido a: <input type="text"/> c) Debido a: <input type="text"/> d) Debido a: <input type="text"/>	Tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la muerte <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
II. OTROS ESTADOS PATOLOGICOS IMPORTANTES Que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo <input type="text"/>	Causa básica <input type="text"/>

NOMBRE DE QUIEN EXPIDE LA ENMIENDA (en letra de imprenta)

 Dirección y teléfono _____

 Nombre(s) y apellido(s) completo (s)

 Firma y No. de la tarjeta profesional o registro

RAZON POR LA CUAL SE REALIZA LA ENMIENDA
