

DATOS DE LA DEFUNCIÓN (Solo para fines estadísticos y a ser llenado sólo por el médico certificante)

5 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a la muerte? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → pasar a Preg. 7	6 ¿Lo atendió el médico que suscribe? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN							
I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; margin-left: 20px;"> a) _____ b) debido a (o como consecuencia de) _____ c) debido a (o como consecuencia de) _____ </div> Causas Antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar la causa básica	Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte _____ _____ _____						
II) Otros estados patológicos Significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> NO USAR </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-left: 5px; background-color: #cccccc;"></div>						
8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)							
a) Indicar si fue por: Accidente 1 <input type="checkbox"/> Suicidio 2 <input type="checkbox"/> Homicidio 3 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>							
b) Como se produjo. Describir las circunstancias y situación en que aconteció como por ejemplo, caída de andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicotrópico, etc. Si fue accidente de transporte indicar el tipo de vehículo y si el fallecido era peatón, conductor, acompañante, pasajero, etc. _____							
c) Lugar donde ocurrió el hecho: _____							
9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS							
Estuvo embarazada en los últimos doce meses? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/> → continuar abajo	Cual fue la fecha de terminación de ese embarazo? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td style="text-align: center;">Año</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	_ _	_	_ _
Día	Mes	Año					
_ _	_	_ _					