

LLENADO Y EXPEDICIÓN GRATUITOS

NORMAS DE CERTIFICACIÓN DE LA MUERTE:

En las primeras 24 horas de ocurrido el deceso, el certificante (preferentemente el médico tratante) procederá a llenar el certificado de defunción, en original (color amarillo) y dos copias (verde y azul). El certificante no deberá omitir ningún dato, cuando se haya agotado todos los recursos, y aún se desconoce el dato, marque **X** en la opción ☐ 9. Desconocido / Se ignora

La expedición y llenado del Certificado de Defunción son gratuitos. El Original (papel color amarillo) se entregarán al representante o responsable de la familia del fallecido, con la instrucción de llevarlo a la oficialía civil correspondiente para la obtención del acta de defunción, la cual es requisito para fines de enterramiento (no así el certificado de defunción). La oficialía civil expedirá y entregará el acta de defunción al interesado y retendrá el original para enviarla a la Dirección Provincial de Salud (DPS) correspondiente. La primera copia (papel color verde) el centro de salud certificante deberá enviarla a la Dirección Provincial de Salud (DPS) correspondiente. La segunda copia (papel color azul) se archivará en la unidad de estadísticas del centro de salud, para fines de auditoría del sistema de información.

En el establecimiento de salud donde ocurra el deceso, para autorizar el retiro del cadáver del mismo, es condición que se haya expedido previamente la certificación médica mediante llenado del **Certificado de defunción**.

En el caso de que la persona fallecida no haya tenido atención médica en su último evento mórbido o falleciera fuera de un establecimiento de salud, el certificado de defunción deberá ser llenado por un médico de la localidad o médico legista.

Si la declaración de la muerte fuera hecha por una autoridad civil no médica (alcalde pedáneo, juez, otras), se deberá notificar según proceda al establecimiento de salud público más cercano o médico legista, a fin de completar el Certificado de Defunción, para lo cual una autoridad sanitaria competente deberá investigar, establecer y consignar la causa de la muerte.

Cuando se trate de la ocurrencia de muerte súbita, muerte con indicio de violencia, muerte de causa desconocida o cuando los hallazgos clínicos son insuficientes para documentar la causa, el llenado del Certificado de Defunción es responsabilidad del médico legista, conforme a lo establecido en la Ley 136-80 sobre Autopsia Médico Legal.

Si se tratara de una defunción ocurrida en territorio extranjero para hacer enterramiento en territorio dominicano del cadáver o sus cenizas, es requisito que se expida la certificación sanitaria en el país donde ocurrió la defunción, a fin de evitar que las autoridades dominicanas certifiquen por segunda vez dicha defunción.

El responsable de codificación del **establecimiento de salud** y de la **Dirección Provincial de Salud (DPS)**, revisará y codificará las causas de muerte según las recomendaciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud, y las especificaciones del manual de procedimientos de mortalidad del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

INSTRUCCIONES DE LLENADO

1.1. **NOMBRE DEL FALLECIDO (A):** En el caso de que el fallecido sea un recién nacido anote en el espacio de **“Nombre(s)”** las palabras Recién Nacido.

5. **EDAD CUMPLIDA:** Especifique la edad según corresponda. Si el fallecido tiene uno o más años de edad, solo consigne edad en años. Las casillas para edad en meses, días y horas solo se completarán cuando el fallecido tenga menos de un año de edad.

Ejemplos:

- a) El fallecido tiene 87 años, consigne años
- b) El fallecido tiene 8 meses de nacido, consigne años meses
- c) El fallecido tiene 7 días de nacido, consigne años meses días
- d) El fallecido tiene 22 horas de nacido, consigne años meses días horas

Si se ha agotado todos los recursos para determinar la edad, y ésta aún se desconoce marque **X** en la opción ☐ 999. ☐ Desconocida.

6. **ESTADO CONYUGAL:** No aplica en recién nacido y menor de edad que no tenga ningún vínculo conyugal o marital.

9. **OCUPACION HABITUAL:** Anote el oficio o trabajo que realizaba el fallecido, ejemplo taxista, electricista, modista, etc. Si no trabajaba anote a que se dedicaba; ejemplo: jubilado, ama de casa, estudiante, etc. No aplica en recién nacidos y menores de edad que no trabajan.

15.1. **HORA DE DEFUNCIÓN:** Anote la hora de defunción usando la escala horaria del 1 al 12.

Ejemplo si ocurrió a las tres y veinte de la tarde anote : / y luego marque con **X** en la opción ☐ P.M.

Horas Minutos

16.1. **Nombre de centro de salud:** Si la muerte ocurrió en un establecimiento de servicio médico, anote el nombre del mismo.

18. **CAUSA DE DEFUNCION:** Esta variable tiene dos partes fundamentales, (I y II). Las que se llenarán como sigue:

En la parte I línea A anote la causa que directamente condujo la muerte. Si la causa mencionada en la línea A se debió a una causa antecedente, anótela en la línea B, si ésta a su vez fue originada por una tercera anótela en la línea C, y si ésta a su vez fue originada por una cuarta anótela en la línea D. En la parte II se anota cualquier otra condición morbosa significativa que haya contribuido a la muerte, pero no estuvo relaciona directamente con la causas anotadas en la parte I. Consigne cada una de las causas en la parte I y II según proceda, anotando una sola causa por línea. No es estrictamente necesario llenar todos los renglones de la parte I si la causa inscrita en la línea A, describe la cadena de acontecimientos que llevaron a la muerte. Nunca use abreviatura para consignar la causa de muerte como IRA, EDA, IAM. Debe usar el nombre de causa completo, ejemplo: Insuficiencia Renal Aguda, Insuficiencia Respiratoria Aguda, Diabetes Mellitus tipo II, etc.

Para cada causa inscrita anote el intervalo de tiempo transcurrido entre la fecha probable del inicio de la causa y fecha de la muerte. Deje en blanco los espacios para códigos de la CIE en las preguntas 18 y 19. Ejemplo para el llenado de la causa:

18. CAUSA DE DEFUNCIÓN: Parte I: A. <u>Peritonitis</u> debido a (o como consecuencia de) B. <u>Perforación del duodeno</u> debido a (o como consecuencia de) C. <u>Úlcera duodenal</u> debido a (o como consecuencia de) D. _____ Parte II: <u>Hipertensión arterial</u>	20.1. Intervalo aprox. entre el inicio de la causa y la muerte <u>2 días</u> <u>14 días</u> <u>11 meses</u> _____ <u>7 años</u>	Código CIE (llenado por el codificador) _____ _____ _____ _____ _____
---	---	--

OFICIALIA CIVIL Número del Registro Civil: _____ Libro Número: _____ Acta Número: _____ Fecha de Registro Civil: <input type="text" value="___"/> / <input type="text" value="___"/> / <input type="text" value="___"/> <input type="text" value="___"/> <input type="text" value="___"/> <input type="text" value="___"/> Lugar de Registro: _____ Localidad: <input type="text" value="___"/> <input type="text" value="___"/> Provincia: <input type="text" value="___"/> <input type="text" value="___"/> Municipio: <input type="text" value="___"/> <input type="text" value="___"/> Distrito Municipal: <input type="text" value="___"/> <input type="text" value="___"/> Teléfono: _____ Observaciones: _____	SELLAR AQUI
MSP Dirección Provincial de Salud, (DPS): _____ Teléfono: _____ Fecha de Recepción en la DPS: <input type="text" value="___"/> / <input type="text" value="___"/> / <input type="text" value="___"/> <input type="text" value="___"/> <input type="text" value="___"/> <input type="text" value="___"/> Revisado en la DPS por: _____ Observaciones: _____	
Fecha de Recepción en la DIES: <input type="text" value="___"/> / <input type="text" value="___"/> / <input type="text" value="___"/> <input type="text" value="___"/> <input type="text" value="___"/> <input type="text" value="___"/> Revisado en la DIES por: _____ Nombre(s) y Apellidos _____	