

FORMATO ESTÁNDAR DE ACTA DE DEFUNCIÓN DE ESTADOS UNIDOS

NÚM. DE ARCHIVO

NÚMERO DE ACTA

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL

1. NOMBRE DEL FINADO (Nombre (s), Apellido (s); en caso de existir, incluya seudónimo)		2. SEXO		3. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	
4a. EDAD CUMPLIDA (Años)		4b. MENOR DE 1 AÑO		4c. MENOR DE 1 DÍA	
5. FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)		6. LUGAR DE NACIMIENTO (Ciudad y Estado o país de origen)			
7a. DOMICILIO-ESTADO		7b. CONDADO		7c. CIUDAD O LOCALIDAD	
7d. DIRECCIÓN		7e. NÚMERO INTERIOR		7f. CÓDIGO POSTAL	
7g. ¿RESIDE EN ZONA URBANA?					
8. ¿FORMÓ PARTE DE LAS FUERZAS ARMADAS DE ESTADOS UNIDOS?		9. ESTADO CIVIL AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN		10. NOMBRE COMPLETO DEL CONYUGE S U P E R S T I T E (En caso de ser la esposa, escriba el nombre completo de soltera)	
11. NOMBRE DEL PADRE (Nombre (s), Apellido (s))		12. NOMBRE COMPLETO DE SOLTERA DE LA MADRE (Nombre (s), Apellido(s))			
13a. NOMBRE DEL DECLARANTE		13b. P A R E N T E S C O C O N E L F I N A D O		13c. DOMICILIO POSTAL (Calle y Número, Ciudad, Estado, Código postal)	
14. LUGAR DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN (Marque solo una casilla: Lea las instrucciones)					
EN CASO DE QUE LA DEFUNCIÓN HAYA OCURRIDO EN UN HOSPITAL:		EN CASO DE QUE LA DEFUNCIÓN NO OCURRIÓ EN UN HOSPITAL:			
<input type="checkbox"/> Hospitalizado <input type="checkbox"/> Paciente ambulatorio/Urgencias <input type="checkbox"/> Muerto al ingresar		<input type="checkbox"/> Centro de cuidados paliativos <input type="checkbox"/> Centro geriátrico y de cuidados a largo plazo.			
15. NOMBRE DE LA DEPENDENCIA HOSPITALARIA (De no tratarse de una institución, escriba)		16. CIUDAD, LOCALIDAD Y CÓDIGO POSTAL		17. CONDADO DE DEFUNCIÓN	
18. MÉTODO DE DISPOSICIÓN:		19. LUGAR DE DISPOSICIÓN (Nombre del cementerio, crematorio u otro lugar)			
<input type="checkbox"/> Donación <input type="checkbox"/> Sepultura <input type="checkbox"/> Traslado de restos <input type="checkbox"/> Otro (Especifique):					
20. U B I C A C I Ó N - C I U D A D , L O C A L I D A D Y E S T A D O		21. NOMBRE Y DOMICILIO COMPLETOS DE LA DEPENDENCIA FUNERARIA			
22. FIRMA DEL TITULAR U OTRO AGENTE DE LA DEPENDENCIA FUNERARIA		23. NÚMERO DE LICENCIA (del titular)			
24. FECHA EN LA QUE SE PRONUNCIÓ LA DEFUNCIÓN (DD/MM/AAAA)		25. HORA EN LA QUE SE PRONUNCIÓ LA DEFUNCIÓN			
APARTADOS 24-28 DEBEN SER COMPLETADOS POR LA PERSONA QUE PRONUNCIÓ O CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN					
26. FIRMA DE LA PERSONA QUE PRONUNCIÓ LA DEFUNCIÓN (En caso de que aplique)		27. NÚMERO DE LICENCIA		28. FECHA EN LA QUE SE FIRMO (DD/MM/AAAA)	
29. FECHA EXACTA O PRESUNTA DE LA DEFUNCIÓN (DD/MM/AAAA) (Escriba el mes con letra de molde)		30. H O R A E X A C T A O P R E S U N T A D E L A D E F U N C I Ó N		31. ¿SE CONTACTÓ A UN MÉDICO O EXAMINADOR FORENSE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (Ver las instrucciones y ejemplos)					
32. PARTE I. Anote la serie de acontecimientos—enfermedades, lesiones o patologías—que fueron causa directa de la defunción. NO escriba modos de morir como paro cardíaco, paro respiratorio o fibrilación ventricular sin signos de etiología. EVITE ABREVIACIONES. Anote una causa por línea. Añada más líneas de ser necesario.					Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad hasta la defunción:
CAUSA INMEDIATA (enfermedad o estado patológico que resultó en la defunción) Debido a (o como consecuencia de):					
Enumere secuencialmente, las afecciones, encaso de existir, (escriba al final la causa subyacente que inició la serie de acontecimientos. resultantes en defunción) de Que produjo la causa escrita en la línea A. ÚLTIMA					
b. Debido a (o como consecuencia de):					
c. Debido a (o como consecuencia de):					
PARTE II. Escriba otras condiciones patológicas significativas que contribuyeron a la defunción, pero no relacionadas con la causa subyacente descritas en la PARTE I.					
33. ¿SE PRACTICÓ AUTOPSIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No					
34. SE DISPUSO DE LOS RESULTADOS DE LA AUTOPSIA PARA DETERMINAR LA CAUSA DE LA DEFUNCIÓN: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No					
35. ¿EL CONSUMO DE TABACO CONTRIBUYÓ A LA DEFUNCIÓN?		36. EN CASO DE QUE LA DEFUNCIÓN CORRESPONDA A UNA MUJER:		37. FORMA DE LA DEFUNCIÓN:	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Probablemente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce		<input type="checkbox"/> No estuvo embarazada en el último año <input type="checkbox"/> Embarazada al momento de la defunción <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada 42 días previos a la defunción pero muestra signos de embarazo <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada de 43 días a un año antes de la defunción pero muestra signos de embarazo <input type="checkbox"/> Se desconoce si estuvo embarazada en el último año		<input type="checkbox"/> Causas naturales <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Investigación pendiente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> No fue posible determinar	
38. FECHA DE LA LESIÓN (DD/MM/YY) (Escriba el mes con letra de molde)		39. HORA DE LA LESIÓN		40. SITIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN (e.g., vivienda del finado; construcción; restaurante; zona boscosa)	
41. ¿LA LESIÓN SE TRATA DE UN ACCIDENTE LABORAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No					
42. UBICACIÓN DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN:		Número interior: Código postal:			
43. DESCRIBA COMO SUCEDIÓ LA LESIÓN:		44. EN CASO DE SER UNA LESIÓN VEHICULAR, SELECCIONE:			
		<input type="checkbox"/> Conductor/Operador <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Transeúnte <input type="checkbox"/> Otro (Especifique)			
45. CERTIFICANTE (Marque solo una casilla):					
<input type="checkbox"/> Médico certificante - A mi leal saber y entender, la defunción ocurrió debido a la (s) causa (s) y de la forma indicada. <input type="checkbox"/> Médico que certifica y pronuncia - A mi leal saber y entender, la defunción ocurrió a la hora, fecha, lugar y por la (s) causas (s) y de la forma indicada. <input type="checkbox"/> Médico Examinador/Forense - Basándome en la autopsia y/o investigación, en mi opinión, la defunción ocurrió a la hora, fecha, lugar y por la (s) causas (s) y de la forma indicada.					
Firma del certificante: _____					
46. NOMBRE COMPLETO, DIRECCIÓN Y CÓDIGO POSTAL DE LA PERSONA QUE LLENA EL APARTADO DE CAUSA DE DEFUNCIÓN (Apartado 32)					
47. TÍTULO DE CERTIFICANTE		48. NÚMERO DE LICENCIA		49. FECHA EN QUE SE CERTIFICA (DD/MM/AAAA)	
50. ÚNICAMENTE PARA QUIEN REGISTRA- FECHA DE REGISTRO (DD/MM/AAAA)					
51. NIVEL DE ESCOLARIDAD DEL FINADO- Marque la casilla que mejor describa el máximo nivel de estudios completados al momento de la defunción.		52. EL FINADO ES DE ORIGEN HISPANO? ? Marque la casilla que mejor describa si el finado es de origen español/hispano/latino. Marque la casilla "No" si el finado no es de origen español/hispano/latino		53. RAZA DEL FINADO (Marque una o más casillas con las que mejor se identifique al finado)	
<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Preparatoria o examen GED aprobado <input type="checkbox"/> Preparatoria trunca <input type="checkbox"/> Título de asociado (e.g., Artes y Humanidades, Ciencias) <input type="checkbox"/> Licenciatura (e.g., Artes, Humanidades, Ciencias, etc.) <input type="checkbox"/> Maestría (e.g., Artes, Ciencias, Ingeniería, Medicina, Trabajo social, Administración de empresas) <input type="checkbox"/> Doctorate (e.g., PhD, EdD) or Professional Degree (e.g., MD, DDS, DVM, LL.B., JD)		<input type="checkbox"/> No, no es de origen español/hispano/latino <input type="checkbox"/> Si, de origen mexicano, mexicano-estadounidense, chicano <input type="checkbox"/> Si, de origen puertorriqueño <input type="checkbox"/> Si, de origen cubano <input type="checkbox"/> Si, de otro origen (español/hispano/latino) (Especifique) _____		<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Indígena o Nativa de Alaska (Nombre de la tribu a la que pertenece) _____ <input type="checkbox"/> Indioasiática <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro origen asiático (Especifique) _____ <input type="checkbox"/> Nativa Hawaiana <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Otro origen isleño del Pacífico (Especifique) _____ <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____	
54. OCUPACIÓN HABITUAL DEL FINADO (Indique el tipo de trabajo realizado durante la mayor parte de su vida laboral. NO ESCRIBA JUBILADO).					
55. TIPO DE EMPRESA/INDUSTRIA					

NOMBRE COMPLETO DEL FINADO Para uso médico/institucional

Completado/Verificado por: DIRECTOR DE LA FUNERARIA:

Para ser completado por: MÉDICO CERTIFICANTE

Completado por: DIRECTOR DE LA FUNERARIA