



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN ELECTRÓNICO

No. F-00000001

Certificado FETAL

DATOS PATRONÍMICOS Y PERSONALES DE LA MADRE DEL FALLECIDO

| | | | |
|---------------------|--|------------------|--|
| Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| Primer Nombre | | Segundo Nombre | |
| Identificación | | País emisor | |
| Sexo | | Estado civil | |
| País de nacimiento | | Nacionalidad | |
| Fecha de nacimiento | | | |

LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE

| | | | |
|------------------|--|------------------|--|
| Departamento | | Localidad | |
| Calle | | Número | |
| Entre | | Y entre | |
| Ruta | | Km | |
| Manzana | | Solar | |
| Código Postal | | Tipo | |
| Sección Policial | | Sección Judicial | |
| Otra designación | | | |

DATOS PATRONÍMICOS Y PERSONALES DEL PADRE DEL FALLECIDO

| | | | |
|---------------------|--|------------------|--|
| Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| Primer Nombre | | Segundo Nombre | |
| Identificación | | País emisor | |
| Sexo | | Estado civil | |
| País de nacimiento | | Nacionalidad | |
| Fecha de nacimiento | | | |

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

| | | | |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| Fecha de constancia de la defunción | | Hora de constancia de la defunción | |
| Defunción Fetal | | Sexo | |
| Multiplicidad del embarazo | | Orden de nacimiento | |
| | | Peso | |

EMBARAZOS

| | | | | | | |
|---|---------------|--|-----------------|--|---------|--|
| Num. embarazos anteriores | Nacidos vivos | | Nacidos muertos | | Abortos | |
| Resultado del embarazo anterior al presente | Nacidos vivos | | Nacidos muertos | | Abortos | |
| Fecha de la última menstruación | | | | | | |

CONTROL DEL EMBARAZO

| | | | | | |
|--|----------|--|----------|--|----------|
| Edad gestacional en la primer consulta | | | | | |
| Total de consultas prenatales | 1° trim. | | 2° trim. | | 3° trim. |

ANOMALIAS FETALES

| | | |
|--|--|--|
| Anomalías externas | | |
| Número de estudios ecográficos realizados | | |
| Num. de estudios eco. con resultado normal | | |
| Num. de estudios eco. con resultado patológico | | |
| Screening primer trimestre | | |
| Screening segundo trimestre | | |
| Biopsia de vellocidad corial | | |
| Amniocentesis | | |
| TORCH | | |
| Otros estudios | | |

PARTO

| | | | | | |
|--|--|-----------|--|-------------|--|
| Terminación del parto | | Maniobras | | Especifique | |
| Duración estimada del embarazo (semanas) | | | | | |

CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

| | | | | | |
|--|--|-------------------------------|--|---------------|--|
| Enf. principal del feto | | | | | |
| Otras enfermedades del feto | | | | | |
| Enf principal de la madre que afecta al feto | | | | | |
| Otras enferm. de la madre | | | | | |
| Otras circunst. pertinentes | | | | | |
| Se solicitó autopsia | | Consentimiento de la autopsia | | Tipo autopsia | |

MÉDICO FIRMANTE

| | | | |
|------------|--|-----------|--|
| Cédula No. | | No. CJPPU | |
| Nombre | | | |

DIAGNÓSTICO FINAL ANATOMOPATOLÓGICO Y/O FORENSE

| |
|--|
| |
|--|



Codificación

A

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN RESUMIDO

NACIDO SIN VIDA

No. F-00000001

ENMIENDA DUPLICADO

APELLIDOS DE PADRE Y/O MADRE

| | | | |
|--------------------|--|----------------------|--|
| Apellido del padre | | Apellido de la Madre | |
|--------------------|--|----------------------|--|

LUGAR Y FECHA DEL OBITO

| | | | | | |
|--------------------|--|------------------|--|---------------------|---|
| Fecha de Óbito | | Hora | | Orden/Multiplicidad | / |
| Lugar de defunción | | | | | |
| Fecha defunción | | Hora defunción | | | |
| Departamento | | Localidad | | | |
| Calle | | Número | | | |
| Entre | | Y entre | | | |
| Ruta | | Km | | | |
| Manzana | | Solar | | | |
| Código Postal | | Tipo | | | |
| Sección Policial | | Sección Judicial | | | |
| Otra designación | | | | | |

DATOS PATRONÍMICOS Y PERSONALES DE LA MADRE

| | | | |
|---------------------|--|------------------|--|
| Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| Primer Nombre | | Segundo Nombre | |
| Nom. en documento | | | |
| Identificación | | País emisor | |
| Sexo | | Estado civil | |
| País de nacimiento | | Nacionalidad | |
| Fecha de nacimiento | | | |

DATOS PATRONÍMICOS Y PERSONALES DEL PADRE

| | | | |
|---------------------|--|------------------|--|
| Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| Primer Nombre | | Segundo Nombre | |
| Nom. en documento | | | |
| Identificación | | País emisor | |
| Sexo | | Estado civil | |
| País de nacimiento | | Nacionalidad | |
| Fecha de nacimiento | | | |

MÉDICO FIRMANTE

| | | | |
|------------|--|-----------|--|
| Cédula No. | | No. CJPPU | |
| Nombre | | | |

Firma del Responsable

Aclaración de Firma

No. De Documento

CONSTANCIA REGISTRO CIVIL

El Oficial del Registro de Estado Civil de la _____ Sección Judicial del Departamento de _____ hace constar que en el acta _____ de la foja _____ del libro _____ del Registro de Defunciones de fecha _____ ha sido inscripta la defunción que se refiere en el presente comprobante.

Firma del Oficial del Registro de Estado Civil



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN ELECTRÓNICO

No. B-00000150

Certificado NEONATAL PRECOZ - 0 a 6 DÍAS

DATOS PATRONÍMICOS Y PERSONALES DEL FALLECIDO

| | | | |
|---------------------|--|------------------|--|
| Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| Primer Nombre | | Segundo Nombre | |
| Identificación | | País emisor | |
| Sexo | | Estado civil | |
| País de nacimiento | | Nacionalidad | |
| Fecha de nacimiento | | Hora de Nac. | |

LUGAR Y FECHA DE LA DEFUNCIÓN

| | | | |
|--------------------|--|------------------|--|
| Lugar de defunción | | | |
| Fecha defunción | | Hora defunción | |
| Departamento | | Localidad | |
| Calle | | Número | |
| Entre | | Y entre | |
| Ruta | | Km | |
| Manzana | | Solar | |
| Código Postal | | Tipo | |
| Sección Policial | | Sección Judicial | |
| Otra designación | | | |

DATOS PATRONÍMICOS Y PERSONALES DE LA MADRE DEL FALLECIDO

| | | | |
|--------------------|--|------------------|--|
| | | Segundo Apellido | |
| Primer Nombre | | Segundo Nombre | |
| Identificación | | País emisor | |
| Sexo | | Estado civil | |
| País de nacimiento | | Nacionalidad | |

LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL DE LA MADRE

| | | | |
|------------------|--|------------------|--|
| Departamento | | Localidad | |
| Calle | | Número | |
| Entre | | Y entre | |
| Ruta | | Km | |
| Manzana | | Solar | |
| Código Postal | | Tipo | |
| Sección Policial | | Sección Judicial | |
| Otra designación | | | |

DATOS PATRONÍMICOS Y PERSONALES DEL PADRE DEL FALLECIDO

| | | | |
|---------------------|--|------------------|--|
| Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| Primer Nombre | | Segundo Nombre | |
| Identificación | | País emisor | |
| Sexo | | Estado civil | |
| País de nacimiento | | Nacionalidad | |
| Fecha de nacimiento | | | |

| | | | |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| ¿Convive actualmente con la madre? | | ¿Cuál es el vínculo con la madre? | |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|--|

DATOS DE LA DEFUNCIÓN

| | | | |
|-------------------------------------|---|------------------------------------|--|
| Fecha de constancia de la defunción | | Hora de constancia de la defunción | |
| Edad al fallecer | días: horas: minutos: | | |
| Multiplicidad del embarazo | | Orden de nacimiento | |
| Peso al nacer | | Sexo | |

EMBARAZOS

| | | | | | | | |
|---|---------------|--|-----------------|--|---------|--|--|
| Num. embarazos anteriores | Nacidos vivos | | Nacidos muertos | | Abortos | | |
| Resultado del embarazo anterior al presente | Nacidos vivos | | Nacidos muertos | | Abortos | | |
| Fecha de la última menstruación | | | | | | | |

CONTROL DEL EMBARAZO

| | | | |
|--|----------|----------|----------|
| Edad gestacional en la primer consulta | | | |
| Total de consultas prenatales | 1° trim. | 2° trim. | 3° trim. |

ANOMALIAS FETALES

| | |
|--|--|
| Anomalías externas | |
| Número de estudios ecográficos realizados | |
| Num. de estudios eco. con resultado normal | |
| Num. de estudios eco. con resultado patológico | |
| Screening primer trimestre | |
| Screening segundo trimestre | |
| Biopsia de velocidad corial | |
| Amniocentesis | |
| TORCH | |
| Otros estudios | |

PARTO

| | | | | | |
|--|--|-----------|--|-------------|--|
| Terminación del parto | | Maniobras | | Especifique | |
| Duración estimada del embarazo (semanas) | | | | | |

CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

| | | | |
|---|--|------------------------------|---------|
| A) Enfermedad causante defunción | | | |
| Otra | | | |
| B) Enfermedad que precedió | | | |
| Otra | | | |
| C) Enfermedad que precedió | | | |
| Otra | | | |
| Enf. ppal de la madre que afecta al feto | | | |
| Otras enf. de la madre | | | |
| Otras circunst. pertinentes | | | |
| Se practicó autopsia | | Tipo autopsia | FORENSE |
| Motivos externos | | Descripción | |
| Motivo Externo | | Accidente de tránsito | |

MÉDICO FIRMANTE

| | | | |
|-------------------|--|------------------|--|
| Cédula No. | | No. CJPPU | |
| Nombre | | | |

GNÓSTICO FINAL ANATOMOPATOLÓGICO Y/O FORENSE

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

B

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN RESUMIDO

NEONATAL PRECOZ

No. B-0000150

ENMIENDA DUPLICADO

DATOS PATRONÍMICOS Y PERSONALES DEL FALLECIDO

| | | | |
|---------------------|--|-------------------|--|
| Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| Primer Nombre | | Segundo Nombre | |
| Nom. en documento | | | |
| Identificación | | País emisor | |
| Sexo | | Estado civil | |
| País de nacimiento | | Nacionalidad | |
| Fecha de nacimiento | | Credencial Cívica | |
| N° BPS u otra Caja | | | |

LUGAR Y FECHA DE LA DEFUNCIÓN

| | | | |
|--------------------|--|------------------|--|
| Lugar de defunción | | | |
| Fecha defunción | | Hora defunción | |
| Departamento | | Localidad | |
| Calle | | Número | |
| Entre | | Y entre | |
| Ruta | | Km | |
| Manzana | | Solar | |
| Código Postal | | Zona | |
| Sección Policial | | Sección Judicial | |
| Otra designación | | | |

LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL

| | | | |
|------------------|--|------------------|--|
| Departamento | | Localidad | |
| Calle | | Número | |
| Entre | | Y entre | |
| Ruta | | Km | |
| Manzana | | Solar | |
| Código Postal | | Zona | |
| Sección Policial | | Sección Judicial | |
| Otra designación | | | |

MÉDICO FIRMANTE

| | | | |
|------------|--|-----------|--|
| Cédula No. | | No. CJPPU | |
| Nombre | | | |

Firma del Responsable

Aclaración de Firma

No. De Documento

CONSTANCIA REGISTRO CIVIL

El Oficial del Registro de Estado Civil de la _____ Sección Judicial del Departamento de _____ hace constar que en el acta _____ de la foja _____ del libro _____ del Registro de Defunciones de fecha _____ ha sido inscripta la defunción que se refiere en el presente comprobante.

Firma del Oficial del Registro de Estado Civil



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN ELECTRÓNICO

No. B-00000154

Certificado ENTRE 7 DÍAS y 5 AÑOS

DATOS PATRONÍMICOS Y PERSONALES DEL FALLECIDO

| | | | |
|---------------------|--|------------------|--|
| Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| Primer Nombre | | Segundo Nombre | |
| Identificación | | País emisor | |
| Sexo | | Estado civil | |
| País de nacimiento | | Nacionalidad | |
| Fecha de nacimiento | | | |
| Etnia | | | |

LUGAR Y FECHA DE LA DEFUNCIÓN

| | | | | | |
|--------------------|--|------------------|-------|--------|-------|
| Lugar de defunción | | Edad al fallecer | Años: | Meses: | Días: |
| Fecha defunción | | Hora defunción | | | |
| Departamento | | Localidad | | | |
| Calle | | Número | | | |
| Entre | | Y entre | | | |
| Ruta | | Km | | | |
| Manzana | | Solar | | | |
| Código Postal | | Tipo | | | |
| Sección Policial | | Sección Judicial | | | |
| Otra designación | | | | | |

LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL

| | | | |
|------------------|--|------------------|--|
| Departamento | | Localidad | |
| Calle | | Número | |
| Entre | | Y entre | |
| Ruta | | Km | |
| Manzana | | Solar | |
| Código Postal | | Tipo | |
| Sección Policial | | Sección Judicial | |
| Otra designación | | | |

EMBARAZOS

| | | | | | | |
|---|---------------|--|-----------------|--|---------|--|
| Num. embarazos anteriores | Nacidos vivos | | Nacidos muertos | | Abortos | |
| Resultado del embarazo anterior al presente | Nacidos vivos | | Nacidos muertos | | Abortos | |
| Fecha de la última menstruación | | | | | | |

CONTROL DEL EMBARAZO

| | | | | | |
|--|----------|--|----------|--|----------|
| Edad gestacional en la primer consulta | | | | | |
| Total de consultas prenatales | 1° trim. | | 2° trim. | | 3° trim. |

ANOMALIAS FETALES

| | | |
|--|--|--|
| Anomalías externas | | |
| Número de estudios ecográficos realizados | | |
| Num. de estudios eco. con resultado normal | | |
| Num. de estudios eco. con resultado patológico | | |
| Screening primer trimestre | | |
| Screening segundo trimestre | | |
| Biopsia de vellocidad corial | | |
| Amniocentesis | | |
| TORCH | | |
| Otros estudios | | |

PARTO

| | | | | | |
|--|--|---------------------|--|---------------|--|
| Multiplicidad del embarazo | | Orden de nacimiento | | Peso al Nacer | |
| Terminación del parto | | Maniobras | | Especifique | |
| Duración estimada del embarazo (semanas) | | | | | |

CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

| | |
|----------------------------------|--|
| A) Enfermedad causante defunción | |
| Otra | |
| B) Enfermedad que precedió | |
| Otra | |
| C) Enfermedad que precedió | |
| Otra | |

| | |
|------------------------|--|
| Otros estados mórbidos | |
|------------------------|--|

| | | | |
|----------------------|--|-----------------------|--|
| Se practicó autopsia | | Tipo autopsia | |
| Motivos externos | | Descripción | |
| Motivo Externo | | Accidente de tránsito | |
| Cirugía | | Fecha de la cirugía | |
| Nombre de la cirugía | | | |
| Causa de la cirugía | | | |

MÉDICO FIRMANTE

| | | | |
|------------|--|-----------|--|
| Cédula No. | | No. CJPPU | |
| Nombre | | | |



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

C

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN RESUMIDO

ENTRE 7 DÍAS Y 5 AÑOS

No. B-00000154

ENMIENDA DUPLICADO

DATOS PATRONÍMICOS Y PERSONALES DEL FALLECIDO

| | | | |
|---------------------|--|-------------------|--|
| Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| Primer Nombre | | Segundo Nombre | |
| Nom. en documento | | | |
| Identificación | | País emisor | |
| Sexo | | Estado civil | |
| País de nacimiento | | Nacionalidad | |
| Fecha de nacimiento | | Credencial Cívica | |
| Nº BPS u otra Caja | | | |

LUGAR Y FECHA DE LA DEFUNCIÓN

| | | | |
|--------------------|--|------------------|--|
| Lugar de defunción | | | |
| Fecha defunción | | Hora defunción | |
| Departamento | | Localidad | |
| Calle | | Número | |
| Entre | | Y entre | |
| Ruta | | Km | |
| Manzana | | Solar | |
| Código Postal | | Zona | |
| Sección Policial | | Sección Judicial | |
| Otra designación | | | |

LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL

| | | | |
|------------------|--|------------------|--|
| Departamento | | Localidad | |
| Calle | | Número | |
| Entre | | Y entre | |
| Ruta | | Km | |
| Manzana | | Solar | |
| Código Postal | | Zona | |
| Sección Policial | | Sección Judicial | |
| Otra designación | | | |

MÉDICO FIRMANTE

| | | | |
|------------|--|----------------|--|
| Cédula No. | | No. C.J.P.P.U. | |
| Nombre | | | |

Firma del Responsable

Aclaración de Firma

No. De Documento

CONSTANCIA REGISTRO CIVIL

El Oficial del Registro de Estado Civil de la _____ Sección Judicial del Departamento de _____ hace constar que en el acta _____ de la foja _____ del libro _____ del Registro de Defunciones de fecha _____ ha sido inscripta la defunción que se refiere en el presente comprobante.

Firma del Oficial del Registro de Estado Civil



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
REPÚBLICA ORIENTAL DEL URUGUAY

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN ELECTRÓNICO

No. B-00000149

Certificado MAYOR A 5 AÑOS

DATOS PATRONÍMICOS Y PERSONALES DEL FALLECIDO

| | | | |
|---|--|------------------------------------|--|
| Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| Primer Nombre | | Segundo Nombre | |
| Identificación | | País emisor | |
| Sexo | | Estado civil | |
| País de nacimiento | | Nacionalidad | |
| Fecha de nacimiento | | Credencial Cívica | |
| N° BPS u otra Caja | | | |
| Etnia | | | |
| ¿Estudiaba al momento de la defunción? | | Mayor nivel de educación alcanzado | |
| ¿Cuál fue el último año aprobado en el mayor nivel alcanzado? | | | |
| Ocupación | | | |

LUGAR Y FECHA DE LA DEFUNCIÓN

| | | | |
|--------------------|--|------------------|--|
| Lugar de defunción | | | |
| Fecha defunción | | Hora defunción | |
| Departamento | | Localidad | |
| Calle | | Número | |
| Entre | | Y entre | |
| Ruta | | Km | |
| Manzana | | Solar | |
| Código Postal | | Tipo | |
| Sección Policial | | Sección Judicial | |
| Otra designación | | | |

LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL

| | | | |
|------------------|--|------------------|--|
| Departamento | | Localidad | |
| Calle | | Número | |
| Entre | | Y entre | |
| Ruta | | Km | |
| Manzana | | Solar | |
| Código Postal | | Tipo | |
| Sección Policial | | Sección Judicial | |
| Otra designación | | | |

CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

| |
|----------------------------------|
| A) Enfermedad causante defunción |
| Otra |
| B) Enfermedad que precedió |
| Otra |
| C) Enfermedad que precedió |
| Otra |

| |
|------------------------|
| Otros estados mórbidos |
|------------------------|

| | | |
|----------------------|-----------------------|-------------------|
| Se practicó autopsia | Tipo autopsia | |
| Motivos externos | Descripción | |
| Motivo Externo | Accidente de tránsito | Accidente laboral |
| Cirugía | Fecha de la cirugía | / / |
| Nombre de la cirugía | | |
| Causa de la cirugía | | |

MÉDICO FIRMANTE

| | |
|------------|-----------|
| Cédula No. | No. CJPPU |
| Nombre | |

DIAGNÓSTICO FINAL ANATOMOPATOLÓGICO Y/O FORENSE

| |
|--|
| |
|--|

**A****CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN RESUMIDO**

MAYOR A 5 AÑOS

No. B-00000157

ENMIENDA ORIGINAL

DATOS PATRONÍMICOS Y PERSONALES DEL FALLECIDO

| | | | |
|---------------------|--|-------------------|--|
| Primer Apellido | | Segundo Apellido | |
| Primer Nombre | | Segundo Nombre | |
| Nom. en documento | | | |
| Identificación | | País emisor | |
| Sexo | | Estado civil | |
| País de nacimiento | | Nacionalidad | |
| Fecha de nacimiento | | Credencial Cívica | |
| N° BPS u otra Caja | | | |
| Ocupación | | Descripción | |

LUGAR Y FECHA DE LA DEFUNCIÓN

| | | | |
|--------------------|--|------------------|--|
| Lugar de defunción | | | |
| Fecha defunción | | Hora defunción | |
| Departamento | | Localidad | |
| Calle | | Número | |
| Entre | | Y entre | |
| Ruta | | Km | |
| Manzana | | Solar | |
| Código Postal | | Zona | |
| Sección Policial | | Sección Judicial | |
| Otra designación | | | |

LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL

| | | | |
|------------------|--|------------------|--|
| Departamento | | Localidad | |
| Calle | | Número | |
| Entre | | Y entre | |
| Ruta | | Km | |
| Manzana | | Solar | |
| Código Postal | | Zona | |
| Sección Policial | | Sección Judicial | |
| Otra designación | | | |

MÉDICO FIRMANTE

| | | | |
|------------|--|-----------|--|
| Cédula No. | | No. CJPPU | |
| Nombre | | | |

Firma del Responsable

Aclaración de Firma

No. De Documento

CONSTANCIA REGISTRO CIVIL

El Oficial del Registro de Estado Civil de la _____ Sección Judicial del Departamento de _____ hace constar que en el acta _____ de la foja _____ del libro _____ del Registro de Defunciones de fecha _____ ha sido inscripta la defunción que se refiere en el presente comprobante.

Firma del Oficial del Registro de Estado Civil