	Formulario	Código
	REGISTRO MENSUAL DE DEFUNCIONES	**FOR-SIGSA-2**
		Versión 2.1
		Vigente a partir de: 01/12/2016

Área de Salud: **Distrito de Salud:** **Servicio de Salud:**

Responsable de la Información: **Cargo:** **Mes:** **Año:**

No. de Orden	Fecha de la defunción dd/mm/aaaa	Hora de la defunción hh:mm	Nombres y apellidos del fallecido	CUI Código Único de Identificación	**1/** Sexo	**2/** Pueblo	**3/** Comunidad lingüística	**4/** Edad			Residencia		**5/** Diagnóstico de muerte		**6/** La muerte fue	**7/** **La muerte fue vinculada a**	**8/** Asistencia recibida	**9/** Sitio donde ocurrió la defunción	**10/** Certifica la defunción
								Días	Meses	Años	Comunidad y/o direción exacta	Municipio	CIE-10	Descripción					
														A.					
														B.					
														C.					
														D.					
														A.					
														B.					
														C.					
														D.					
														A.					
														B.					
														C.					
														D.					
														A.					
														B.					
														C.					
														D.					
														A.					
														B.					
														C.					
														D.					
														A.					
														B.					
														C.					
														D.					
														A.					
														B.					
														C.					
														D.					
														A.					
														B.					
														C.					
														D.					

1/ Sexo
M: Masculino
F: Femenino
ND: No determinado

2/ Pueblo:
1. Mestizo, ladino
2. Maya
3. Garífuna
4. Xinca
5. Otro
6. No indica

3/ Comunidad lingüística: Si es pueblo 2 (Maya):
1 Achi'
2 Akateka
3 Awakateka
4 Ch'orti'
5 Chalchiteka
6 Chuj
7 Itza'
8 Ixil
9 Jakalteka
10 Kaqchikel
11 K'iche'
12 Mam
13 Mopan
14 Poqomam
15 Pocomchi'
16 Q'anjob'al
17 Q'eqchi'
18 Sakapulteka
19 Sipakapensa
20 Tektiteka
21 Tz'utujil
22 Uspanteka
23 No indica

4/ Edad:
Estas casillas son excluyentes:
Si el fallecido era menor de un mes, anotar la edad en días.
Si el fallecido era menor de un año, anotar la edad en meses.
Si el fallecido era mayor de un año, anotar la edad en años.

5/ Diagnóstico de muerte:
A. Causa Directa: Enfermedad o condición patológica que produjo la muerte directamente.
B. Causa Básica*: La enfermedad o lesión que inicio la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte o la circunstancia del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.
* Para efectos estadísticos, tómese B. Causa Básica.
C. Causa Condicionante: Causas, antecedentes o condiciones morbosas, si existiera alguna que produjeran la causa directa de muerte.
D. Causa Condicionante: Causas, antecedentes o condiciones morbosas, si existiera alguna que produjeran la causa directa de muerte.

6/ La muerte fue:
1. Suicidio
2. Homicidio
3. Accidente
4. Causa Natural
5. No determinado

7/La muerte fue vinculada a:
1. Trabajo Infantil
2. Matrato Infantil

8/ Asistencia recibida:
1. Médica
2. Paramédica
3. Comadrona
4. Empírica
5. Ninguna

9/ Sitio donde ocurrió la defunción:
1. Hospital Público
2. Hospital Privado
3. Centro de Salud
4. Seguro Social
5. Vía Pública
6. Domicilio
7. Lugar de Trabajo
8. Otro
9. Ignorado

10/ Certifica la defunción:
1. Médico
2. Paramédico
3. Autoridad