



Conforme a los poderes y facultades establecidos en la Ley Núm. 24-1931, según enmendada, conocida como la Ley del Registro Demográfico de Puerto Rico, la Ley Núm. 81-1912, según enmendada conocida como la Ley del Departamento de Salud, y la Ley Núm. 209-2003, según enmendada, conocida como la Ley del Instituto de Estadísticas de Puerto Rico, las entidades proponen adoptar una nueva versión del Certificado de Defunción Modelo RD77 (el “Certificado”).

Este se busca adoptar con el propósito de atemperar el Certificado a las recomendaciones del *National Center for Health Statistics* (NCHS) del 2003 para la recopilación de información sobre eventos vitales. Estas recomendaciones se recogen en el *U.S. Standard Death Certificate* (rev. 11/2003). La versión del 2003 del *U.S. Standard Death Certificate* presenta unos cambios que mejoran la calidad de la información recopilada y atienden las necesidades de información para la planificación en el futuro. Mediante acuerdo interagencial, el Departamento de Salud además tiene el deber buscar que el Certificado se atempere a las recomendaciones del *National Center for Health Statistics* (NCHS) para la recopilación de información sobre eventos vitales.

El Certificado de Defunción es el instrumento principal utilizado en Puerto Rico para registrar las muertes de las personas ocurridas en Puerto Rico. El Certificado es utilizado por médicos y otros profesionales de la salud para certificar para propósitos legales la muerte de un individuo y sus causas. Es utilizado por funerarios para poder obtener autorización para enterrar las personas muertas. Lo utilizan patólogos forenses que investigan muertes de causas complejas. Lo utilizan abogados y cortes como evidencia en casos judiciales. También, es utilizado para la investigación científica, la preparación de informes estadísticos, la toma de decisiones y el establecimiento de la política pública.

Se invita al público a que someta por escrito o por correo electrónico, comentarios o recomendaciones durante el término de 30 días a partir de esta publicación, los cuales serán considerados para su adopción final.

Durante 30 días a partir de la publicación de este aviso, se tendrá disponible al público copia del borrador del Certificado de Defunción y documentos de apoyo en las oficinas del Instituto, localizadas en el segundo piso de la Calle Quisqueya #57 en San Juan, de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:30 p.m., y en el portal de Internet del Instituto de Estadísticas: [www.estadisticas.gobierno.pr](http://www.estadisticas.gobierno.pr). Los comentarios deberán ser enviados al P.O. Box 195484, San Juan, PR 00919-5484 o al correo electrónico [avisopublico@estadisticas.gobierno.pr](mailto:avisopublico@estadisticas.gobierno.pr).

Los documentos que acompañan este aviso son:

1.	Borrador del Certificado de Defunción propuesto.....	2
2.	Certificado de Defunción vigente modelo RD77 (Rev. 1989).....	4
3.	Documento explicativo de los cambios propuestos al Certificado de Defunción.....	6
4.	<i>U.S. Standard Death Certificate</i> (rev. 11/2003).....	15
5.	Documento explicativo de los cambios realizados en la revisión de 2003 en el <i>U.S. Standard Death Certificate</i> .....	19

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE SALUD REGISTRO DEMOGRÁFICO			NÚMERO DE CERTIFICADO	NÚMERO DE DEFUNCIÓN
NÚMERO DE ÁREA	AÑO	NÚMERO DE REGISTRO	CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	
152				
1. NOMBRE LEGAL DEL FALLECIDO (Nombre, Segundo Nombre y Apellidos) (Incluya apodo si alguno)			2. SEXO <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> No determinado	
3. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL FALLECIDO				
4a. EDAD (Años)		4b. MENOR DE UN AÑO		4c. MENOR DE 24 HORAS
Meses		Días		Horas
				Minutos
5. FECHA DE NACIMIENTO (Mes/Día/Año)			6. LUGAR DE NACIMIENTO (Municipio, Estado o País)	
7a. RESIDENCIA DEL FALLECIDO - BARRIO			7b. MUNICIPIO	
7c. ESTADO O PAÍS				
7d. NÚMERO Y CALLE			7e. NÚM. APT	7f. CÓDIGO POSTAL
7g. ZONA <input type="checkbox"/> URBANA <input type="checkbox"/> RURAL				
8. ¿PERTENECIÓ A LAS FUERZAS ARMADAS DE LOS ESTADOS UNIDOS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		9. ESTADO MARITAL AL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Casado, pero separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> No Casado legalmente <input type="checkbox"/> Nunca Casado <input type="checkbox"/> Desconocido		
10. NOMBRE DEL CÓNYUGE SOBREVIVIENTE (Si es esposa, escriba los apellidos de soltera)				
11a. NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE			11b. NATURAL DE: Municipio Estado o País	
12a. NOMBRE Y APELLIDOS DE SOLTERA DE LA MADRE			12b. NATURAL DE: Municipio Estado o País	
13a. NOMBRE DEL INFORMANTE		13c. RELACIÓN CON EL FALLECIDO		
13b. FIRMA DEL INFORMANTE		13d. DIRECCIÓN POSTAL DEL INFORMANTE (Calle y Número, Municipio, Estado o País, Código Postal)		
14. LUGAR DE LA DEFUNCIÓN (SELECCIONE SOLO UNA) SI LA DEFUCIÓN OCURRIÓ EN EL HOSPITAL: <input type="checkbox"/> Hospitalizado <input type="checkbox"/> Ambulatorio/Sala de Emergencia <input type="checkbox"/> Muerto al llegar SI LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ EN OTRO LUGAR QUE NO ES EL HOSPITAL: <input type="checkbox"/> Hospicio <input type="checkbox"/> Asilo/Facilidad de Cuidado de Larga Duración <input type="checkbox"/> Residencia del fallecido <input type="checkbox"/> Otra (especifique):				
15a. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN (Si no es institución, indicar la dirección en el encasillado 15b)		15b. DIRECCIÓN DEL LUGAR DEL FALLECIMIENTO		
16a. ¿FUE EMBALSAMADO? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> No		16b. NOMBRE DEL EMBALSAMADOR		16c. FIRMA DEL EMBALSAMADOR
16d. NÚMERO DE LICENCIA				
17. MÉTODO DE DISPOSICIÓN DEL CUERPO: <input type="checkbox"/> Enterramiento <input type="checkbox"/> Cremación <input type="checkbox"/> Donación <input type="checkbox"/> Sepultura (Tumba) <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Otro (Especifique)		18a. LUGAR DE LA DISPOSICIÓN (Nombre del cementerio, crematorio, otro lugar)		18b. MUNICIPIO Y ESTADO O PAÍS
19. NOMBRE COMPLETO DE LA FACILIDAD FUNERARIA O CREMATOARIO Y DIRECCIÓN		20a. FIRMA DEL DIRECTOR FUNERARIO		20b. NÚMERO DE LICENCIA
ENCASILLADOS 21 - 46 DEBEN SER COMPLETADOS POR EL MÉDICO QUE DECLARA O CERTIFICA LA MUERTE		21. FECHA DE LA DECLARACIÓN DE LA MUERTE (Mes/Día/Año)		22. HORA DE LA DECLARACIÓN DE LA MUERTE
23a. FIRMA DEL MÉDICO QUE DECLARA LA MUERTE (Si aplica)		23b. NÚMERO DE LICENCIA		23c. FECHA DE LA FIRMA (Mes/Día/Año)
24a. FECHA DE LA DEFUNCIÓN EXACTA O APROXIMADA (Mes/Día/ Año)		24b. HORA DE LA DEFUNCIÓN EXACTA O APROXIMADA		25. ¿SE REFIRIÓ AL FISCAL? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
26. ¿SE CONTACTÓ AL INSTITUTO DE CIENCIAS FORENSES? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
CAUSA DE MUERTE 27. PARTE I. Indique la cadena de eventos - enfermedades, lesiones o complicaciones - que directamente causaron la muerte. NO REGISTRE eventos terminales como arresto cardíaco, arresto respiratorio o fibrilación ventricular sin mostrar la etiología. NO UTILICE ABREVIATURAS. Registre una causa por línea. Añada líneas adicionales de ser necesario.  CAUSA INMEDIATA (Enfermedad o condición final que llevó a la muerte) -----> a. _____ Debido a (o como consecuencia de):  b. _____ Debido a (o como consecuencia de):  c. _____ Debido a (o como consecuencia de):  d. _____  Ordene las condiciones, si alguna que condujeron a la causa anotada en la línea a. Registre <b>AL FINAL LA CAUSA BÁSICA</b> (enfermedades lesiones que iniciaron los eventos que resultaron en la muerte)				Intervalo de tiempo aproximado: Desde el inicio hasta la defunción _____ _____ _____ _____
PARTE II. Registre otras condiciones de importancia que contribuyeron a la muerte pero que no están relacionadas a la causa básica de muerte.				
28. ¿SE REALIZÓ LA AUTOPSIA? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		29. ¿LOS RESULTADOS ESTUVIERON DISPONIBLES PARA COMPLETAR LA CAUSA DE MUERTE? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		30. NÚMERO DE QUERELLA
31. ¿EL USO DE TABACO CONTRIBUYÓ A LA MUERTE? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Probablemente <input type="checkbox"/> Se desconoce		32. SI ES FEMINA: <input type="checkbox"/> Estaba embarazada al momento de la muerte <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada el año pasado <input type="checkbox"/> No embarazada, pero estuvo embarazada 42 días o menos antes de la muerte <input type="checkbox"/> Se desconoce si estuvo embarazada el año pasado <input type="checkbox"/> No embarazada, pero estuvo embarazada 43 días a 1 año antes de la muerte		33. MANERA DE MUERTE <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Pendiente de investigación <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> No pudo determinarse
34a. FECHA DE LA LESIÓN (Mes/Día/Año)		34b. HORA DE LA LESIÓN		35. LUGAR DE LA LESIÓN (ej. Casa del fallecido, Oficia, Fábrica, etc.)
36. ¿OCURRIÓ EN EL TRABAJO? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce				
37. DIRECCIÓN DE DÓNDE OCURRIÓ LA LESIÓN: Barrio: _____ Municipio: _____ Estado: _____ Calle y Número _____ Núm. Apartamento: _____ Código Postal: _____				
38. DESCRIBA CÓMO OCURRIÓ LA LESIÓN			39. SI LA LESIÓN OCURRIÓ POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO, ESPECIFIQUE: <input type="checkbox"/> Conductor/Operador <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Otra (Especifique)	
40a. FECHA DE LA OPERACIÓN, SI LA HUBO (Mes/Día/Año)		40b. HALLAZGOS MÁS IMPORTANTES DE LA OPERACIÓN		41. NÚMERO DE RÉCORD MÉDICO
42. CERTIFICACIÓN (Seleccione solo una): <input type="checkbox"/> Médico que Certifica - En mi mejor conocimiento, la muerte ocurrió debido a las causas y de la manera establecida. <input type="checkbox"/> Médico que Declara y Certifica - En mi mejor conocimiento, la muerte ocurrió en la hora, fecha, lugar, debido a las causas y de la manera establecida. <input type="checkbox"/> Médico Forense/Patólogo - A base del examen médico y/o investigación, en mi opinión, la muerte ocurrió en la hora, fecha, lugar, debido a las causas y de la manera establecida. Firma del Médico que Certifica _____				
43. NOMBRE, DIRECCIÓN Y CÓDIGO POSTAL DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA CAUSA DE MUERTE (Encasillado 27)				
44. TÍTULO DEL MÉDICO QUE CERTIFICA		45. NÚMERO DE LICENCIA		46. FECHA DE CERTIFICACIÓN (Mes/Día/Año)
USO EXCLUSIVO DEL REGISTRO DEMOGRÁFICO				
47. NÚMERO DE NACIMIENTO		48a. FECHA DE REGISTRO (Mes/Día/Año)		48b. FIRMA DEL REGISTRADOR

NOMBRE DEL FALLECIDO  
Para uso del Médico o Institución

Para ser completado / Verificado :  
DIRECTOR FUNERARIO

Para ser completado :  
MÉDICO QUE DECLARA Y/O CERTIFICA

Para ser completado: DIRECTOR FUNERARIO	49. NÚMERO ELECTORAL	51. ¿EL FALLECIDO ES DE ORIGEN HISPANO? Seleccione el encasillado que mejor describa si el fallecido es Hispano/Latino/Español. Seleccione el encasillado "No" si el fallecido no es Hispano/Latino/Español.  <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Dominicano <input type="checkbox"/> Cubano  <input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicanoamericano, Chicano <input type="checkbox"/> No es Hispano/Latino/Español <input type="checkbox"/> Otro Hispano/Latino/Español (Especifique) _____	52. RAZA DEL FALLECIDO (Seleccione una o más razas para indicar de qué raza el fallecido consideraba ser parte.)  <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska (Nombre de la tribu principal) _____ <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro Asiático (Especifique) _____ <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otra Isla del Pacífico (Especifique) _____ <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____
	50. EDUCACIÓN DEL FALLECIDO - Indique el encasillado que mejor describa el nivel de educación más alto completado al momento de la muerte.  <input type="checkbox"/> 8vo grado o menos <input type="checkbox"/> 9no - 12mo grado; sin diploma <input type="checkbox"/> Graduado de escuela superior o GED completado <input type="checkbox"/> Algunos créditos universitarios, pero sin grado <input type="checkbox"/> Grado Asociado (ej., AA, AS) <input type="checkbox"/> Bachillerato (ej., BA, AB, BS) <input type="checkbox"/> Maestría (ej., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> Doctorado (ej., PhD, EdD) o Grado Profesional (ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD)		
	53. OCUPACIÓN USUAL DEL FALLECIDO (Indique el tipo de trabajo realizado durante la mayor parte de su vida laboral. <b>NO UTILICE RETIRADO NI DESEMPLEADO</b> ).		
	54. TIPO DE INDUSTRIA O NEGOCIO		

NOTAS ADICIONALES Y/O COMENTARIOS

INSTRUCCIONES PARA DECLARAR LA MUERTE Y CERTIFICACIÓN MÉDICA

Las principales responsabilidades del médico en el registro de una defunción, son: declarar y especificarla causa de la muerte, (Causa y Circunstancia).

El médico que atendió al fallecido durante su enfermedad (" attending physician" o médico de cabecera) es responsable de certificar la causa de muerte porque es éste el más indicado para decir cuál de varias condiciones, fue directamente responsable del fallecimiento y cuales condiciones antecedentes, si alguna, dieron lugar o llevaron a la causa directa.

Únicamente, cuando el médico de cabecera no está disponible para certificar la causa y declarar el hecho de muerte, deberá otro médico declarar la misma.

El médico que declara la muerte es el que determina que el fallecido está legalmente muerto. Este será responsable de completar los apartados 21 al 23c únicamente cuando el médico de cabecera no esté disponible en el momento y hora de la muerte para certificarla.

El médico que certifica es quien determina la causa de muerte. No es necesario que llene los apartados 23a al 23c, pero debe completar los apartados 21, 22 y del 24a al 46.

# Certificado vigente

NUMERO DE AREA (Area Number)	ANO (Year)	NUMERO DE REGISTRO (Register Number)	NUMERO DE CERTIFICADO (Certificate Number)
152			

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
REGISTRO DEMOGRAFICO  
**CERTIFICADO DE DEFUNCION**  
Death Certificate

1. Lugar de Defunción (Place of Death)		b. Barrio		1. c. Lugar (Coteje solo una)		2. Residencia Habitual de Fallecido (¿Dónde vivía? Si en una institución Res. tencia antes de ingresar a la misma)		NUMERO DE DEFUNCION DEATH NUMBER	
a. Municipio		e. Tiempo de Estadia (en ese Municipio)		<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Muerto al llegar (DOA) <input type="checkbox"/> Ambulatorio (o Emerg.) (Outpatient / ER) <input type="checkbox"/> Hospitalizado (Inpatient)		a. Municipio b. Estado o País c. Barrio d. Poblado, Zona o Sitio e. Urbana f. Rural			
3. Nombre y apellidos del fallecido (Deceased Name)		8. b. Nombre del Conyugue:		4. Hora y Fecha de la Defunción Death-Time, Date		f. Dirección (Si Urbana, ... Calle y Número)			
5. Sexo		6. a. Estado Civil (Marital Status)		7. Fecha de Nacimiento		8. Edad (en años)		9. Último grado escolar completado	
Nunca se caso <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>		Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		Mes Día Año		Si Menor de 1 año Meses Días Minutos		Elemental Intermedia Secundaria (14 o 5) Colegio Universidad (14 o 5)	
10. a. Ocupación Habitual (trabajo realizado durante la mayor parte de su vida. No use el término "retirado")		10. b. Clase de Industria o Negocio		11. Natural de:		12. Ciudadano de:			
				Municipio:		Estado o País:		13. Tiempo de Residencia en Puerto Rico	
14. Nombre y apellidos del Padre: L. (Father's Name)		15. a. Natural de:		15. b. Natural de:		15. c. Natural de:		15. d. Natural de:	
Municipio		Municipio		Municipio		Municipio		Municipio	
16. ¿Pertenece al Fallecido alguna vez a las Fuerzas Armadas de Estados Unidos?		17. Número de Seguro Social		18. Informante:		18. d. Dirección Exacta del Informante		18. e. Relación Con el Fallecido	
Guerra/Fecha: Se ignora <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>				a. Nombre					
19. AL QUE DECLARO LA MUERTE		I. CERTIFICACION MEDICA, (MEDICAL CERTIFICATION)		19. a. A mi mejor entender la muerte ocurrió en la hora, fecha y lugar arriba indicado		19. b. Número de licencia		19. c. Fecha de la Firma	
Completar del 19 a c únicamente, si el médico que certifica no está disponible al momento de la muerte para certificar la causa.		CAUSA INMEDIATA (enfermedad o condición final que llevo a la muerte → a. b. c. d.)		Firma		Título		Intervalo entre su comienzo y el fallecimiento	
20. CAUSA DE MUERTE		Indique en orden las condiciones que condujeron a la causa inmediata. ESCRIBA AL FINAL LA CAUSA PRINCIPAL (enfermedad o lesión) que complicación que ocasionó la muerte.		21. ¿Estuvo la fallecida embarazada en el último año?		22. Número del Record Médico			
Escriba una sola causa en cada línea (a), (b), (c) y (d). Causa de la muerte no significa a la forma de morir como colapso cardíaco, asfonia, etc. Significa la enfermedad lesión o complicación que ocasionó la muerte.		23. ¿Se practicó Autopsia?		24. Institución donde se hizo la autopsia		25. Se refirió al fiscal			
26. a. Fecha de la operación, si la hubo		26. b. Hallazgos más importantes de la operación		27. a. Tipo de muerte:		27. b. Lugar donde ocurrió la lesión (hogar, Oficina, Fabrica, calle) etc.			
27. c. Municipio		27. d. Estado o país		27. e. ¿Ocurrió mientras trabajaba?		27. f. ¿Cómo ocurrió la lesión?			
28. a. CERTIFICADO que asati al fallecido desde		28. b. Hallazgos más importantes de la operación		28. c. Dirección Exacta del Médico que Certifica		28. d. Dirección			
en la fecha y hora arriba indicada		28. c. CERTIFICADO que asati al fallecido desde		28. d. Dirección Exacta del Médico que Certifica		28. e. Relación Con el Fallecido			
28. a. Médico que Certifica		28. b. Número de Licencia del Médico que Certifica		28. c. Dirección Exacta del Médico que Certifica		28. d. Dirección			
Firma		Firma		Firma		Firma			
30. a. Entierro		30. b. Otros (especifique)		30. c. Nombre del cementerio o crematorio		30. d. Dirección			
31. Será completado por AGENTE FUNERARIO O ENCARGADO DEL ENTIERRO		32. a. ¿Fue embalsamado?		32. b. Nombre del embalsamador		32. c. Número de licencia		32. d. Firma	
a. Certificado <input type="checkbox"/> fue embalsamado <input type="checkbox"/> no fue embalsamado		33. Color o Raza del Fallecido		33. Color o Raza del Fallecido		33. Color o Raza del Fallecido		33. Color o Raza del Fallecido	
b. nombre agente funerario		34. Fecha de Registro		34. Fecha de Registro		34. Fecha de Registro		34. Fecha de Registro	
c. Nombre / dirección de la funeraria		35. Firma del Registrador		35. Firma del Registrador		35. Firma del Registrador		35. Firma del Registrador	

El Registro Demográfico devolvirá para que se rehaga todo certificado que se reciba con borradura o alteraciones hechas en violación a las disposiciones de la ley de Registro Demográfico

ESTE DOCUMENTO CONSTITUYE UN REGISTRO PERMANENTE  
LLENSE EN MAQUINILLA O EN TINTA PERMANENTE

VER INSTRUCCIONES AL DORSO  
QUIEN DECLARA CAUSA DE MUERTE

Modelo RD 77 (Rev 1989)

# INSTRUCCIONES PARA DECLARAR LA MUERTE Y CERTIFICACIÓN MEDICA

Las principales responsabilidades del medico en el registro de una defuncion, son: declarar y especificar la causa de la muerte, (Causa y Circunstancia).

El medico que atendio al fallecido durante su enfermedad ("attending physician" o medico de cabecera) es responsable de certificar la causa de muerte porque es este el mas indicado para decir cual de varias condiciones, fue directamente responsable del fallecimiento y cuáles condiciones antecedentes, si alguna, dieron lugar o llevaron a la causa directa. En muchos casos el medico de cabecera sera el que declare la muerte y establezca cual fue la Causa.

Unicamente cuando el medico de cabecera no esta disponible para certificar la causa y declarar el hecho de muerte, debera otro medico declarar la misma.

El medico que certifica es quien determina la causa de muerte. Si el medico que atendio al fallecido durante la enfermedad que le causo la muerte ("attending physician" o medico de cabecera) esta disponible para certificar y declarar el fallecimiento. No es necesario que llene los apartados 19a al 19c, pero debe completar los apartados 20 al 29d.

El medico que declara la muerte es el que determina que el fallecido esta legalmente muerto. Sera responsable de completar los apartados 19a al 19c unicamente cuando el medico de cabecera no este disponible en el momento y hora de la muerte para certificarla.

36. ¿RECIBIO TRATAMIENTO EN ALGUNA INSTITUCION DURANTE SU ULTIMA ENFERMEDAD? (Para ser cumplimentada por el medico)

SI ☐ NO ☐ Si recibio especifique clase de tratamiento \_\_\_\_\_

Nombre de Institucion \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

## NOTAS ADICIONALES Y / O COMENTARIOS

37. ESTADO JURIDICO DEL FALLECIDO

LEGITIMO ☐

RECONOCIDO ☐

NATURAL ☐

38. FUE DONADO

EL CADAVER ☐

ORGANO ☐

ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

NO HUBO DONACION ☐

39. PARA USO DEL NIVEL CENTRAL

NÚMERO DEL NACIMIENTO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## Cambios en el certificado de defunción

La siguiente tabla describe los cambios, comparando los encasillados incluidos en el nuevo prototipo del Certificado de Defunción con los encasillados del Certificado de Defunción vigente. Además provee una justificación para esos cambios.

Encasillados incluidos en el Certificado de Defunción propuesto	Encasillados incluidos en el Certificado de Defunción actual	Justificación
1. Nombre legal del fallecido (Nombre, Segundo Nombre y Apellidos) (Incluya apodo si alguno)	Nombre y apellidos del fallecido	Encasillado modificado – Se modificó el encasillado para obtener la información sobre el nombre del fallecido de manera clara.
2) Sexo <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Hembra <input type="checkbox"/> No determinado	Sexo	Encasillado modificado – Se cambió a seleccionar la alternativa para facilitar el llenar el documento y la entrada de datos.
3) Número de seguro social del fallecido	Número de seguro social <div> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> </div> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Se Ignora	Encasillado modificado – Se añadió “del fallecido” para aclarar de quien es el número de seguro social que se solicita.
4a) Edad (Años)	Edad (en años)	Se mantiene igual
4b) Menor de un año (Meses, Días)	Si menor de 1 año (Meses, Días)	Se mantiene igual
4c) Menor de 24 horas (Horas, Minutos)	Si menor de 24 horas (Horas, Minutos)	Se mantiene igual
5) Fecha de nacimiento (Mes, Día, Año)	Fecha de nacimiento (Mes, Día, Año)	Se mantiene igual
6) Lugar de nacimiento (Municipio, Estado o País)	Natural de: (Municipio, Estado o País)	Se mantiene igual
7) Residencia del fallecido – a. Barrio b. Municipio c. Estado o País d. Número y Calle e. Núm. Apt. f. Código Postal g. Zona (Urbana o Rural)	Residencia Habitual del Fallecido (¿Dónde vivía? Si es una Institución, Residencia antes de ingresar a la misma) (a. Municipio, b. Estado o País, c. Barrio, d. Poblado Zona o Sitio, e. Urbana o rural, f. Dirección(Si Urbana, Calle y Número)	Se mantiene igual
8) ¿Pertenebió a las fuerzas armadas de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Pertenebió el fallecido alguna vez a las fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Si _____ No _____ Guerra/Fecha _____ Se ignora <input type="checkbox"/>	Encasillado modificado – Se cambió a seleccionar la alternativa para facilitar el llenar el documento y la entrada de datos.



<b>Encasillados incluidos en el Certificado de Defunción propuesto</b>	<b>Encasillados incluidos en el Certificado de Defunción actual</b>	<b>Justificación</b>
9) Estado marital al momento del fallecimiento <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Casado</li> <li><input type="checkbox"/> Casado, pero separado</li> <li><input type="checkbox"/> Viudo</li> <li><input type="checkbox"/> Divorciado</li> <li><input type="checkbox"/> Nunca Casado</li> <li><input type="checkbox"/> No Casado legalmente</li> <li><input type="checkbox"/> Desconocido</li> </ul>	Estado marital al momento del fallecimiento <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nunca se casó</li> <li><input type="checkbox"/> Casado</li> <li><input type="checkbox"/> Divorciado</li> <li><input type="checkbox"/> Viudo</li> </ul>	Encasillado modificado – Se añadieron categorías para obtener más información sobre el estado marital.
10) Nombre del cónyuge sobreviviente (Si es esposa, escriba los apellidos de soltera)	Nombre del conyugue	Encasillado modificado – Se añadió la palabra sobreviviente para evitar que escriban el nombre de personas fallecidas. También se especifica que en caso de ser la esposa se deben escribir los apellidos de soltera.
11a) Nombre y apellidos del padre (Nombre y Apellidos)	Nombre y apellidos del padre (Nombre y Apellidos)	Se mantiene igual
11b) Natural de: (Municipio, Estado o País)	Natural de: Municipio, Estado o país	Se mantiene igual
12a) Nombre y apellidos de soltera la madre (Nombre y Apellidos)	Nombre y apellidos de soltera la madre (Nombre y Apellidos)	Se mantiene igual
12b) Natural de: (Municipio, Estado o País)	Natural de: Municipio, Estado o país	Se mantiene igual
13a) Nombre del informante	Informante: a) Nombre b) Firma	Se divide la pregunta para que haya más espacio para la firma.
13b) Firma del informante		
13c) Relación con el fallecido	Relación con el fallecido	Se mantiene igual
13d) Dirección postal del informante (Calle y Número, Municipio, Estado o País, Código Postal)	Dirección Exacta del Informante	Encasillado modificado – Se dividió la información de la dirección para tener información mas detallada.
14) Lugar de la defunción (Seleccione solo una) Si la defunción ocurrió en el hospital: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hospitalizado</li> <li><input type="checkbox"/> Ambulatorio/Sala de emergencia</li> <li><input type="checkbox"/> Muerto al llegar</li> </ul> Si la defunción ocurrió en otro lugar que no es el hospital: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Hospicio</li> <li><input type="checkbox"/> Asilo/Facilidad de Cuidado de Larga Duración</li> <li><input type="checkbox"/> Residencia del Fallecido</li> <li><input type="checkbox"/> Otra (Especifique):</li> </ul>	Lugar (Coteje solo una) Hospital <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Muerto al llegar</li> <li><input type="checkbox"/> Ambulatorio(o Emerg.)</li> <li><input type="checkbox"/> Hospitalizado</li> </ul> Otros <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Casa de Salud</li> <li><input type="checkbox"/> Hogar</li> <li><input type="checkbox"/> Asilo</li> <li><input type="checkbox"/> Otro</li> </ul>	Encasillado modificado – Se añadió a la categoría "Asilo/ Facilidad de Cuidado de Larga Duración" y la categoría "Hospicio" para obtener información mas especifica y que indicara mejor el lugar en donde ocurrió el fallecimiento.

<b>Encasillados incluidos en el Certificado de Defunción propuesto</b>	<b>Encasillados incluidos en el Certificado de Defunción actual</b>	<b>Justificación</b>
15a) Nombre de la institución (Si no es institución, indicar dirección (15b))	Si en Hospital y Otro Sitio. Especifique donde (Nombre del Hospital, Institución, etc.). Si no fue en un Hospital, Informe dirección exacta. Indique si fue en el Hogar. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Se mantiene igual
15b) Dirección del lugar del fallecimiento	Lugar de defunción a. Municipio b. Barrio e. Tiempo de estadía (en ese municipio) f. Tiempo de estadía (en Hospital o Institución)	Se mantiene igual
16a) ¿Fue embalsamado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> No	¿Fue embalsamado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Encasillado modificado – Se añadió una categoría adicional “parcial” ya que según la ley 258 Ley de Servicios Funerarios de Puerto Rico, Capítulo V “Toda persona que dedique a la práctica de embalsamar cadáveres o aplicar procedimientos parciales de embalsamamiento, tales... etc. Recomendado por la Cámara de Dueños de Funerarias de Puerto Rico
16b) Nombre del embalsamador	Nombre del embalsamador	Se mantiene igual
16c) Firma del embalsamador	Firma	Se mantiene igual
16d) Número de licencia	Número de licencia	Se mantiene igual
17) Método de disposición del cuerpo: <input type="checkbox"/> Enterramiento <input type="checkbox"/> Cremación <input type="checkbox"/> Donación <input type="checkbox"/> Sepultura (Tumba) <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Otro(Especifique)	<input type="checkbox"/> Enterramiento <input type="checkbox"/> Traslado <input type="checkbox"/> Cremación <input type="checkbox"/> Otro(Especifique)	Encasillado modificado - Se añadieron más categorías para facilitar la localización del cuerpo en caso de exhumación, autopsia o traslado de ser requerido.
18a) Lugar de la disposición (Nombre del cementerio, crematorio, otro lugar)	Nombre del cementerio o crematorio	Se mantiene igual
18b) Municipio y estado o país	Dirección	Se mantiene igual
19) Nombre completo de la facilidad funeraria o crematorio y dirección	Nombre/dirección de la funeraria	Encasillado modificado - Se añadió la palabra “Crematorio” para identificar el nombre de la facilidad realizó el entierro. Recomendado por la Cámara de Dueños de Funerarias de Puerto Rico
20a) Firma del Director Funerario	Nombre agente funerario, Firma	Encasillado modificado - se cambio “agente funerario” por “Director Funerario” ya que son estos los encargados de firmar el Certificado de Defunción.
20b) Número de licencia		Encasillado modificado - Se añadió este encasillado para cumplir con la ley Núm. 258, Artículo 4.01 del 15 de septiembre de 2012 conocida como <i>Ley de Servicios Funerarios de Puerto Rico</i>



Encasillados incluidos en el Certificado de Defunción propuesto	Encasillados incluidos en el Certificado de Defunción actual	Justificación								
21) Fecha de la declaración de la muerte (Mes/Día/Año)	Hora y Fecha de la Defunción <table><tr><td>Hora</td><td>Mes</td><td>Día</td><td>Año</td></tr><tr><td>M</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Hora	Mes	Día	Año	M				Encasillado modificado – Se dividió la fecha y la hora para obtener información mas clara.
Hora	Mes	Día	Año							
M										
22) Hora de la declaración de la muerte										
23a) Firma del Médico que declara la muerte (Si aplica)	Firma	Se mantiene igual								
23b) Número de licencia	Número de licencia	Se mantiene igual								
23c) Fecha de la firma (Mes/Día/Año)	Fecha de la firma	Se mantiene igual								
24a) Fecha de la defunción exacta o aproximada (Mes/Día/Año)		Encasillado modificado - Se añadió este encasillado porque la fecha de la declaración de la muerte y la fecha de la defunción exacta o aproximada no se distinguen claramente.								
24b) Hora de la defunción exacta o aproximada		Encasillado modificado - Se añadió este encasillado porque la hora de la declaración de la muerte y la hora de la defunción exacta o aproximada no se distinguen claramente.								
25) ¿Se refirió al fiscal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Se refirió al fiscal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Se mantiene igual								
26) ¿Se contactó al Instituto de Ciencias Forenses? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Encasillado modificado – se añadió este encasillado para indicar si las circunstancias requirieron consultar al Instituto de Ciencias Forenses.								

## Encasillados incluidos en el Nuevo Certificado de Defunción propuesto

CAUSA DE MUERTE		Intervalo de tiempo aproximado: Desde el inicio hasta la defunción
<p>27. PARTE I. Indique la cadena de eventos - enfermedades, lesiones o complicaciones - que directamente causaron la muerte. NO REGISTRE eventos terminales como <u>arresto cardíaco, arresto respiratorio o fibrilación ventricular sin mostrar la etiología</u>. NO UTILICE ABREVIATURAS. Registre una causa por línea. Añada líneas adicionales de ser necesario.</p>		
CAUSA INMEDIATA (Enfermedad o condición final que llevó a la muerte) ----->	a. _____ Debido a (o como consecuencia de): _____	_____
Ordene las condiciones, si alguna que condujeron a la causa anotada en la línea a. Registre <b>AL FINAL LA CAUSA BÁSICA</b> (enfermedades lesiones que iniciaron los eventos que resultaron en la muerte)	b. _____ Debido a (o como consecuencia de): _____	_____
	c. _____ Debido a (o como consecuencia de): _____	_____
	d. _____	_____
<p>PARTE II. Registre otras condiciones de <u>importancia que contribuyeron a la muerte</u> pero que no están relacionadas a la causa básica de muerte.</p>		

## Encasillados incluidos en el Certificado de Defunción actual

<p><b>Justificación</b></p> <p>Encasillado modificado - se añadieron y resaltaron instrucciones para completar la causa de muerte correctamente.</p>
--

<b>Encasillados incluidos en el Certificado de Defunción propuesto</b>	<b>Encasillados incluidos en el Certificado de Defunción actual</b>	<b>Justificación</b>
28) ¿Se realizó autopsia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Se practicó autopsia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Se mantiene igual
29) ¿Los resultados de la autopsia estuvieron disponibles para completar la causa de muerte? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Se añadió este encasillado para conocer si se completó la causa de muerte utilizando la información de la autopsia como referencia.
30) Número de querella		Se añadió este encasillado para poder identificar al fallecido (cuando sea necesario - no se conozca el nombre).
31) ¿El uso de tabaco contribuyó a la muerte? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Probablemente <input type="checkbox"/> Se desconoce		Se añadió este encasillado debido a que el tabaco es uno de los mayores problemas de salud pública y existe un sub registro de este como uno de los factores que contribuyen a la muerte.
32) Si es fémina: <input type="checkbox"/> Estaba embarazada al momento de la muerte <input type="checkbox"/> No embarazada, pero estuvo embarazada 42 días o menos antes de la muerte <input type="checkbox"/> No embarazada, pero estuvo embarazada 43 días a 1 año antes de la muerte <input type="checkbox"/> No estuvo embarazada el año pasado <input type="checkbox"/> Se desconoce si estuvo embarazada el año pasado	¿Estuvo la fallecida embarazada en el último año?	Encasillado modificado – Se añadieron categorías a este encasillado para obtener más información del embarazo (si lo hubo) de la fémina fallecida.
33) Manera de muerte <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Pendiente de investigación <input type="checkbox"/> No pudo determinarse	Tipo de muerte <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Pendiente de investigación <input type="checkbox"/> No pudo determinarse	Se mantiene igual
34a) Fecha de la lesión (Mes/Día/Año)	Fecha de lesión Mes   Día   Año   Hora	Encasillado modificado – Se dividió la fecha y la hora para obtener información mas clara.
34b) Hora de la lesión		
35) Lugar de la lesión (ej., Casa del fallecido, Oficina, Fábrica, etc.)	Lugar donde ocurrió la lesión (hogar, oficina, Fábrica, calle, etc.)	Se mantiene igual
36) ¿Ocurrió en el trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ocurrió mientras trabajaba? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Se mantiene igual

Encasillados incluidos en el Certificado de Defunción propuesto	Encasillados incluidos en el Certificado de Defunción actual	Justificación
37) Dirección del lugar de la lesión: (Barrio, Municipio, Estado, Calle y Número, Núm. Apartamento, Código Postal)	Municipio, Sitio o Barrio, Estado o País	Se mantiene igual
38) Describa como ocurrió la lesión	¿Cómo ocurrió la lesión?	Se mantiene igual
39) Si la lesión ocurrió por accidente de tránsito, especifique: <input type="checkbox"/> Conductor/Operador <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Peatón <input type="checkbox"/> Otra (Especifique)		Encasillado modificado – Se añadió este encasillado para obtener más información de las personas fallecidas en accidentes de tránsito.
40a) Fecha de la operación, si la hubo (Mes/Día/Año)	Fecha de la operación, si la hubo	Se mantiene igual
40b) Hallazgos más importantes de la operación	Hallazgos más importantes de la operación	Se mantiene igual
41) Número de récord médico	Número de récord médico	Se mantiene igual
42) Certificación (Seleccione solo una): <input type="checkbox"/> Médico que Certifica - En mi mejor conocimiento, la muerte ocurrió debido a las causas y de la manera establecida. <input type="checkbox"/> Médico que Declara y Certifica - En mi mejor conocimiento, la muerte ocurrió en la hora, fecha, lugar, debido a las causas y de la manera establecida. <input type="checkbox"/> Médico Forense/Patólogo - A base del examen médico y/o investigación, en mi opinión, la muerte ocurrió en la hora, fecha, lugar, debido a las causas y de la manera establecida Firma del Médico que Certifica:	Certifico que asistí al fallecido desde ____20__ hasta ____20__ y que la muerte ocurrió a consecuencia de las causas y en la fecha y hora arriba indicada.  No asistí al fallecido y esta certificación se hace a base de información suministrada por _____ en su carácter de _____ del fallecido.	Encasillado modificado – Se añadieron las categorías de médicos que certifican la muerte para distinguir que tipo de Médico certificó la muerte. Además se añadió la firma del Médico que Certifica.
43) Nombre, dirección y código postal del Médico que certificó la causa de muerte (Encasillado 27)	Médico que certifica Nombre _____ Firma _____  Dirección exacta del médico que certifica	Se mantiene igual
44) Título del médico que certifica		Se añadió este encasillado para obtener mayor información sobre los títulos que médicos certifican las defunciones.

Encasillados incluidos en el Certificado de Defunción propuesto	Encasillados incluidos en el Certificado de Defunción actual	Justificación						
45) Número de licencia	Número de licencia del médico que certifica	Se mantiene igual						
46) Fecha de certificación (Mes/Día/Año)	Fecha de la firma <table border="1"> <tr> <td>Mes</td><td>Día</td><td>Año</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Mes	Día	Año				Se mantiene igual
Mes	Día	Año						
47) Número de nacimiento	Número de nacimiento <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>						Se mantiene igual	
48a) Fecha de registro (Mes/Día/Año)	Fecha de registro <table border="1"> <tr> <td>Mes</td><td>Día</td><td>Año</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td></tr> </table>	Mes	Día	Año				Se mantiene igual
Mes	Día	Año						
48b) Firma del registrador	Firma del registrador	Se mantiene igual						
49) Número electoral	Número electoral	Se mantiene igual						
50) Educación del fallecido - Indique el encasillado que mejor describa el nivel de educación más alto completado al momento de la muerte. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 8vo grado o menos</li> <li><input type="checkbox"/> 9no - 12mo grado; sin diploma</li> <li><input type="checkbox"/> Graduado de escuela superior o GED completado</li> <li><input type="checkbox"/> Algunos créditos universitarios, pero sin grado</li> <li><input type="checkbox"/> Grado Asociado (ej., AA, AS)</li> <li><input type="checkbox"/> Bachillerato (ej., BA, AB, BS)</li> <li><input type="checkbox"/> Maestría (ej., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)</li> <li><input type="checkbox"/> Doctorado (ej., PhD, EdD) o Grado Profesional (ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD)</li> </ul>	Último grado escolar completado  <table border="1"> <tr> <td>Elemental Intermedia Secundaria (0-12)</td><td>Colegio Universidad (14 ó 5)</td></tr> <tr> <td></td><td></td></tr> </table>	Elemental Intermedia Secundaria (0-12)	Colegio Universidad (14 ó 5)			El encasillado se modificó para obtener información mas específica sobre grados el nivel de educación y a su vez es consistente con los datos de educación recopilados por el Negociado del Censo de los Estados Unidos.		
Elemental Intermedia Secundaria (0-12)	Colegio Universidad (14 ó 5)							
51) ¿El fallecido es de origen hispano? Seleccione el encasillado que mejor describa si el fallecido es Hispano/Latino /Español. Seleccione el encasillado "No" si el fallecido no es Hispano/Latino /Español. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No, no es Hispano/Latino/Español</li> <li><input type="checkbox"/> Si, Puertorriqueño</li> <li><input type="checkbox"/> Si, Dominicano</li> <li><input type="checkbox"/> Si, Cubano</li> <li><input type="checkbox"/> Si, Mexicano, Mexicanoamericano, Chicano</li> <li><input type="checkbox"/> Si, otro Hispano/Latino/Español (Especifique) _____</li> </ul>		Se añadió este encasillado para obtener mayor información sobre el origen hispano del fallecido y a su vez es consistente con los datos del origen hispano recopilados por el Negociado del Censo de los Estados Unidos.						

Encasillados incluidos en el Certificado de Defunción propuesto	Encasillados incluidos en el Certificado de Defunción actual	Justificación
52) Raza del fallecido (Seleccione una o más razas para indicar de qué raza el fallecido consideraba ser parte. <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> (Nombre de la tribu principal) _____ <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro Asiático (Especifique) _____ <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otra Isla del Pacífico (Especifique) _____ <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____	Color o raza del fallecido <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Otro	Encasillado modificado – Se añadieron categorías adicionales para tener mayor información sobre la raza del fallecido y a su vez es consistente con los datos sobre la raza recopilados por el Negociado del Censo de los Estados Unidos.
53) Ocupación usual del fallecido (Indique el tipo de trabajo realizado durante la mayor parte de su vida laboral. NO UTILICE RETIRADO NI DESEMPLEADO).	Ocupación habitual (trabajo realizado durante la mayor parte de su vida. No use el término “retirado”.)	Encasillado modificado – Se modificó el encasillado se añadió “ni desempleado” para mejorar la calidad de los datos que se recogen.
54) Tipo de industria o negocio	Clase de Industria o Negocio	Se mantiene igual
<b>Premisas (En el área del margen)</b>		
Nombre del Fallecido Para uso del Médico o Institución		Se añadió esta premisa en el área del margen para facilitar la identificación del fallecido.
Para ser completado/verificado: Director Funerario		Se añadió esta premisa en el área del margen para identificar la sección del certificado de defunción que el Director Funerario es responsable de completar y verificar.
Para ser completado : Médico que Certifica y/o Declara		Se añadió esta premisa en el área del margen para identificar la sección del certificado de defunción que el Médico que Certifica y/o Declara es responsable de completar.

U.S. STANDARD CERTIFICATE OF DEATH

LOCAL FILE NO.		STATE FILE NO.							
1. DECEDENT'S LEGAL NAME (Include AKA's if any) (First, Middle, Last)				2. SEX		3. SOCIAL SECURITY NUMBER			
4a. AGE-Last Birthday (Years)		4b. UNDER 1 YEAR		4c. UNDER 1 DAY		5. DATE OF BIRTH (Mo/Day/Yr)		6. BIRTHPLACE (City and State or Foreign Country)	
		Months		Days		Hours		Minutes	
7a. RESIDENCE-STATE				7b. COUNTY				7c. CITY OR TOWN	
7d. STREET AND NUMBER				7e. APT. NO.		7f. ZIP CODE		7g. INSIDE CITY LIMITS? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
8. EVER IN US ARMED FORCES? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		9. MARITAL STATUS AT TIME OF DEATH <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Married, but separated <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Never Married <input type="checkbox"/> Unknown				10. SURVIVING SPOUSE'S NAME (If wife, give name prior to first marriage)			
11. FATHER'S NAME (First, Middle, Last)						12. MOTHER'S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE (First, Middle, Last)			
13a. INFORMANT'S NAME		13b. RELATIONSHIP TO DECEDENT				13c. MAILING ADDRESS (Street and Number, City, State, Zip Code)			
14. PLACE OF DEATH (Check only one: see instructions)									
IF DEATH OCCURRED IN A HOSPITAL: <input type="checkbox"/> Inpatient <input type="checkbox"/> Emergency Room/Outpatient <input type="checkbox"/> Dead on Arrival					IF DEATH OCCURRED SOMEWHERE OTHER THAN A HOSPITAL: <input type="checkbox"/> Hospice facility <input type="checkbox"/> Nursing home/Long term care facility <input type="checkbox"/> Decedent's home <input type="checkbox"/> Other (Specify):				
15. FACILITY NAME (If not institution, give street & number)				16. CITY OR TOWN , STATE, AND ZIP CODE				17. COUNTY OF DEATH	
18. METHOD OF DISPOSITION: <input type="checkbox"/> Burial <input type="checkbox"/> Cremation <input type="checkbox"/> Donation <input type="checkbox"/> Entombment <input type="checkbox"/> Removal from State <input type="checkbox"/> Other (Specify):				19. PLACE OF DISPOSITION (Name of cemetery, crematory, other place)					
20. LOCATION-CITY, TOWN, AND STATE				21. NAME AND COMPLETE ADDRESS OF FUNERAL FACILITY					
22. SIGNATURE OF FUNERAL SERVICE LICENSEE OR OTHER AGENT								23. LICENSE NUMBER (Of Licensee)	
ITEMS 24-28 MUST BE COMPLETED BY PERSON WHO PRONOUNCES OR CERTIFIES DEATH						24. DATE PRONOUNCED DEAD (Mo/Day/Yr)		25. TIME PRONOUNCED DEAD	
26. SIGNATURE OF PERSON PRONOUNCING DEATH (Only when applicable)				27. LICENSE NUMBER		28. DATE SIGNED (Mo/Day/Yr)			
29. ACTUAL OR PRESUMED DATE OF DEATH (Mo/Day/Yr) (Spell Month)			30. ACTUAL OR PRESUMED TIME OF DEATH			31. WAS MEDICAL EXAMINER OR CORONER CONTACTED? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
CAUSE OF DEATH (See instructions and examples)								Approximate interval: Onset to death	
32. PART I. Enter the <u>chain of events</u> —diseases, injuries, or complications—that directly caused the death. DO NOT enter terminal events such as cardiac arrest, respiratory arrest, or ventricular fibrillation without showing the etiology. DO NOT ABBREVIATE. Enter only one cause on a line. Add additional lines if necessary.  IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition -----> resulting in death)  a. _____ Due to (or as a consequence of): _____  Sequentially list conditions, if any, leading to the cause listed on line a. Enter the UNDERLYING CAUSE (disease or injury that initiated the events resulting in death) LAST  b. _____ Due to (or as a consequence of): _____  c. _____ Due to (or as a consequence of): _____  d. _____								_____	
PART II. Enter other <u>significant conditions contributing to death</u> but not resulting in the underlying cause given in PART I						33. WAS AN AUTOPSY PERFORMED? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		34. WERE AUTOPSY FINDINGS AVAILABLE TO COMPLETE THE CAUSE OF DEATH? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
35. DID TOBACCO USE CONTRIBUTE TO DEATH?  <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Probably  <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown		36. IF FEMALE: <input type="checkbox"/> Not pregnant within past year  <input type="checkbox"/> Pregnant at time of death  <input type="checkbox"/> Not pregnant, but pregnant within 42 days of death  <input type="checkbox"/> Not pregnant, but pregnant 43 days to 1 year before death  <input type="checkbox"/> Unknown if pregnant within the past year				37. MANNER OF DEATH  <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Homicide  <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Pending Investigation  <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Could not be determined			
38. DATE OF INJURY (Mo/Day/Yr) (Spell Month)		39. TIME OF INJURY		40. PLACE OF INJURY (e.g., Decedent's home; construction site; restaurant; wooded area)				41. INJURY AT WORK? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
42. LOCATION OF INJURY: State: _____ City or Town: _____ Street & Number: _____ Apartment No.: _____ Zip Code: _____									
43. DESCRIBE HOW INJURY OCCURRED:						44. IF TRANSPORTATION INJURY, SPECIFY: <input type="checkbox"/> Driver/Operator <input type="checkbox"/> Passenger <input type="checkbox"/> Pedestrian <input type="checkbox"/> Other (Specify)			
45. CERTIFIER (Check only one): <input type="checkbox"/> Certifying physician-To the best of my knowledge, death occurred due to the cause(s) and manner stated. <input type="checkbox"/> Pronouncing & Certifying physician-To the best of my knowledge, death occurred at the time, date, and place, and due to the cause(s) and manner stated. <input type="checkbox"/> Medical Examiner/Coroner-On the basis of examination, and/or investigation, in my opinion, death occurred at the time, date, and place, and due to the cause(s) and manner stated.  Signature of certifier: _____									
46. NAME, ADDRESS, AND ZIP CODE OF PERSON COMPLETING CAUSE OF DEATH (Item 32)									
47. TITLE OF CERTIFIER		48. LICENSE NUMBER		49. DATE CERTIFIED (Mo/Day/Yr)			50. FOR REGISTRAR ONLY- DATE FILED (Mo/Day/Yr)		
51. DECEDENT'S EDUCATION-Check the box that best describes the highest degree or level of school completed at the time of death.  <input type="checkbox"/> 8th grade or less  <input type="checkbox"/> 9th - 12th grade; no diploma  <input type="checkbox"/> High school graduate or GED completed  <input type="checkbox"/> Some college credit, but no degree  <input type="checkbox"/> Associate degree (e.g., AA, AS)  <input type="checkbox"/> Bachelor's degree (e.g., BA, AB, BS)  <input type="checkbox"/> Master's degree (e.g., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)  <input type="checkbox"/> Doctorate (e.g., PhD, EdD) or Professional degree (e.g., MD, DDS, DVM, LLB, JD)			52. DECEDENT OF HISPANIC ORIGIN? Check the box that best describes whether the decedent is Spanish/Hispanic/Latino. Check the "No" box if decedent is not Spanish/Hispanic/Latino.  <input type="checkbox"/> No, not Spanish/Hispanic/Latino  <input type="checkbox"/> Yes, Mexican, Mexican American, Chicano  <input type="checkbox"/> Yes, Puerto Rican  <input type="checkbox"/> Yes, Cuban  <input type="checkbox"/> Yes, other Spanish/Hispanic/Latino (Specify) _____				53. DECEDENT'S RACE (Check one or more races to indicate what the decedent considered himself or herself to be)  <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native (Name of the enrolled or principal tribe) _____ <input type="checkbox"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other Asian (Specify) _____ <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander (Specify) _____ <input type="checkbox"/> Other (Specify) _____		
54. DECEDENT'S USUAL OCCUPATION (Indicate type of work done during most of working life. DO NOT USE RETIRED).									
55. KIND OF BUSINESS/INDUSTRY									



**MEDICAL CERTIFIER INSTRUCTIONS for selected items on U.S. Standard Certificate of Death**  
(See Physicians’ Handbook or Medical Examiner/Coroner Handbook on Death Registration for instructions on all items)

**ITEMS ON WHEN DEATH OCCURRED**

Items 24-25 and 29-31 should always be completed. If the facility uses a separate pronouncer or other person to indicate that death has taken place with another person more familiar with the case completing the remainder of the medical portion of the death certificate, the pronouncer completes Items 24-28. If a certifier completes Items 24-25 as well as items 29-49, Items 26-28 may be left blank.

**ITEMS 24-25, 29-30 – DATE AND TIME OF DEATH**

Spell out the name of the month. If the exact date of death is unknown, enter the **approximate** date. If the date cannot be approximated, enter the date the body is found and identify as **date found**. Date pronounced and actual date may be the same. Enter the exact hour and minutes according to a 24-hour clock; estimates may be provided with “Approx.” placed before the time.

**ITEM 32 – CAUSE OF DEATH (See attached examples)**

Take care to make the entry legible. Use a computer printer with high resolution, typewriter with good black ribbon and clean keys, or print legibly using permanent **black** ink in completing the CAUSE OF DEATH Section. **Do not abbreviate** conditions entered in section.

**Part I (Chain of events leading directly to death)**

- Only **one** cause should be entered on each line. Line (a) **MUST ALWAYS** have an entry. **DO NOT** leave blank. Additional lines may be added if necessary.
- If the condition on Line (a) resulted from an underlying condition, put the underlying condition on Line (b), and so on, until the full sequence is reported. **ALWAYS** enter the **underlying cause of death** on the lowest used line in Part I.
- For each cause indicate the best estimate of the interval between the presumed onset and the date of death. The terms “unknown” or “approximately” may be used. General terms, such as minutes, hours, or days, are acceptable, if necessary. **DO NOT** leave blank.
- The terminal event (for example, cardiac arrest or respiratory arrest) should not be used. If a mechanism of death seems most appropriate to you for line (a), then you must always list its cause(s) on the line(s) below it (for example, cardiac arrest **due to** coronary artery atherosclerosis or cardiac arrest **due to** blunt impact to chest).
- If an organ system failure such as congestive heart failure, hepatic failure, renal failure, or respiratory failure is listed as a cause of death, always report its etiology on the line(s) beneath it (for example, renal failure **due to** Type I diabetes mellitus).
- When indicating neoplasms as a cause of death, include the following: 1) primary site or that the primary site is unknown, 2) benign or malignant, 3) cell type or that the cell type is unknown, 4) grade of neoplasm, and 5) part or lobe of organ affected. (For example, a primary well-differentiated squamous cell carcinoma, lung, left upper lobe.)
- Always report the fatal injury (for example, stab wound of chest), the trauma (for example, transection of subclavian vein), and impairment of function (for example, air embolism).

**PART II (Other significant conditions)**

- Enter all diseases or conditions contributing to death that were not reported in the chain of events in Part I and that did not result in the **underlying cause of death**. See attached examples.
- If two or more possible sequences resulted in death, or if two conditions seem to have added together, report in Part I the one that, in your opinion, most directly caused death. Report in Part II the other conditions or diseases.

**CHANGES TO CAUSE OF DEATH**

Should additional medical information or autopsy findings become available that would change the cause of death originally reported, the original death certificate should be amended by the certifying physician by **immediately** reporting the revised cause of death to the State Vital Records Office.

**ITEMS 33-34 - AUTOPSY**

- 33 - Enter “Yes” if either a partial or full autopsy was performed. Otherwise enter “No.”
- 34 - Enter “Yes” if autopsy findings were available to complete the cause of death; otherwise enter “No”. Leave item blank if no autopsy was performed.

**ITEM 35 - DID TOBACCO USE CONTRIBUTE TO DEATH?**

Check “yes” if, in your opinion, the use of tobacco contributed to death. Tobacco use may contribute to deaths due to a wide variety of diseases; for example, tobacco use contributes to many deaths due to emphysema or lung cancer and some heart disease and cancers of the head and neck. Check “no” if, in your clinical judgment, tobacco use did not contribute to this particular death.

**ITEM 36 - IF FEMALE, WAS DECEDENT PREGNANT AT TIME OF DEATH OR WITHIN PAST YEAR?**

*This information is important in determining pregnancy-related mortality.*

**ITEM 37 - MANNER OF DEATH**

- Always check Manner of Death, which is important: 1) in determining accurate causes of death; 2) in processing insurance claims; and 3) in statistical studies of injuries and death.
- Indicate “Pending investigation” if the manner of death cannot be determined whether due to an accident, suicide, or homicide within the statutory time limit for filing the death certificate. This should be changed later to one of the other terms.
- Indicate “Could not be Determined” **ONLY** when it is impossible to determine the manner of death.

**ITEMS 38-44 - ACCIDENT OR INJURY – to be filled out in all cases of deaths due to injury or poisoning.**

- 38 - Enter the exact month, day, and year of injury. Spell out the name of the month. **DO NOT** use a number for the month. (Remember, the date of injury may differ from the date of death.) Estimates may be provided with “Approx.” placed before the date.
- 39 - Enter the exact hour and minutes of injury or use your best estimate. Use a 24-hour clock.
- 40 - Enter the general place (such as restaurant, vacant lot, or home) where the injury occurred. **DO NOT** enter firm or organization names. (For example, enter “factory”, **not** “Standard Manufacturing, Inc.” )
- 41 - Complete if anything other than natural disease is mentioned in Part I or Part II of the medical certification, including homicides, suicides, and accidents. This includes all motor vehicle deaths. The item **must** be completed for decedents ages 14 years or over and may be completed for those less than 14 years of age if warranted. Enter “Yes” if the injury occurred at work. Otherwise enter “No”. An injury may occur at work regardless of whether the injury occurred in the course of the decedent’s “usual” occupation. Examples of injury at work and injury not at work follow:

<b>Injury at work</b>	<b>Injury not at work</b>
Injury while working or in vocational training on job premises	Injury while engaged in personal recreational activity on job premises
Injury while on break or at lunch or in parking lot on job premises	Injury while a visitor (not on official work business) to job premises
Injury while working for pay or compensation, including at home	Homemaker working at homemaking activities
Injury while working as a volunteer law enforcement official etc.	Student in school
Injury while traveling on business, including to/from business contacts	Working for self for no profit (mowing yard, repairing own roof, hobby)
	Commuting to or from work

- 42 - Enter the complete address where the injury occurred including zip code.
- 43 - Enter a brief but specific and clear description of how the injury occurred. Explain the circumstances or cause of the injury. Specify **type of gun or type of vehicle** (e.g., car, bulldozer, train, etc.) when relevant to circumstances. Indicate if more than one vehicle involved; specify type of vehicle decedent was in.
- 44 -Specify role of decedent (e.g. driver, passenger). Driver/operator and passenger should be designated for modes other than motor vehicles such as bicycles. Other applies to watercraft, aircraft, animal, or people attached to outside of vehicles (e.g. surfers).

Rationale: Motor vehicle accidents are a major cause of unintentional deaths; details will help determine effectiveness of current safety features and laws.

**REFERENCES**

For more information on how to complete the medical certification section of the death certificate, refer to tutorial at <http://www.TheNAME.org> and resources including instructions and handbooks available by request from NCHS, Room 7318, 3311 Toledo Road, Hyattsville, Maryland 20782-2003 or at [www.cdc.gov/nchs/about/major/dvs/handbk.htm](http://www.cdc.gov/nchs/about/major/dvs/handbk.htm)

Cause-of-death – Background, Examples, and Common Problems

Accurate cause of death information is important

- to the public health community in evaluating and improving the health of all citizens, and
- often to the family, now and in the future, and to the person settling the decedent's estate.

The cause-of-death section consists of two parts. **Part I** is for reporting a chain of events leading directly to death, with the **immediate cause** of death (the final disease, injury, or complication directly causing death) on line a and the **underlying cause** of death (the disease or injury that initiated the chain of events that led directly and inevitably to death) on the lowest used line. **Part II** is for reporting all other significant diseases, conditions, or injuries that contributed to death but which did not result in the underlying cause of death given in **Part I**. **The cause-of-death information should be YOUR best medical OPINION.** A condition can be listed as "probable" even if it has not been definitively diagnosed.

Examples of properly completed medical certifications

<b>CAUSE OF DEATH (See instructions and examples)</b>		Approximate interval: Onset to death
32. <b>PART I.</b> Enter the <u>chain of events</u> --diseases, injuries, or complications--that directly caused the death. DO NOT enter terminal events such as cardiac arrest, respiratory arrest, or ventricular fibrillation without showing the etiology. DO NOT ABBREVIATE. Enter only one cause on a line. Add additional lines if necessary.		
IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition -----> resulting in death)	a. <u>Rupture of myocardium</u> Due to (or as a consequence of):	<u>Minutes</u>
Sequentially list conditions, if any, leading to the cause listed on line a. Enter the	b. <u>Acute myocardial infarction</u> Due to (or as a consequence of):	<u>6 days</u>
<b>UNDERLYING CAUSE</b> (disease or injury that initiated the events resulting in death) <b>LAST</b>	c. <u>Coronary artery thrombosis</u> Due to (or as a consequence of):	<u>5 years</u>
	d. <u>Atherosclerotic coronary artery disease</u>	<u>7 years</u>
<b>PART II.</b> Enter other <u>significant conditions contributing to death</u> but not resulting in the underlying cause given in PART I		33. WAS AN AUTOPSY PERFORMED? ■ Yes □ No
Diabetes, Chronic obstructive pulmonary disease, smoking		34. WERE AUTOPSY FINDINGS AVAILABLE TO COMPLETE THE CAUSE OF DEATH? ■ Yes □ No
35. DID TOBACCO USE CONTRIBUTE TO DEATH?  ■ Yes □ Probably  □ No □ Unknown	36. IF FEMALE: ■ Not pregnant within past year □ Pregnant at time of death □ Not pregnant, but pregnant within 42 days of death □ Not pregnant, but pregnant 43 days to 1 year before death □ Unknown if pregnant within the past year	37. MANNER OF DEATH  ■ Natural □ Homicide □ Accident □ Pending Investigation □ Suicide □ Could not be determined

<b>CAUSE OF DEATH (See instructions and examples)</b>		Approximate interval: Onset to death
32. <b>PART I.</b> Enter the <u>chain of events</u> --diseases, injuries, or complications--that directly caused the death. DO NOT enter terminal events such as cardiac arrest, respiratory arrest, or ventricular fibrillation without showing the etiology. DO NOT ABBREVIATE. Enter only one cause on a line. Add additional lines if necessary.		
IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition -----> resulting in death)	a. <u>Aspiration pneumonia</u> Due to (or as a consequence of):	<u>2 Days</u>
Sequentially list conditions, if any, leading to the cause listed on line a. Enter the	b. <u>Complications of coma</u> Due to (or as a consequence of):	<u>7 weeks</u>
<b>UNDERLYING CAUSE</b> (disease or injury that initiated the events resulting in death) <b>LAST</b>	c. <u>Blunt force injuries</u> Due to (or as a consequence of):	<u>7 weeks</u>
	d. <u>Motor vehicle accident</u>	<u>7 weeks</u>
<b>PART II.</b> Enter other <u>significant conditions contributing to death</u> but not resulting in the underlying cause given in PART I		33. WAS AN AUTOPSY PERFORMED? ■ Yes □ No
		34. WERE AUTOPSY FINDINGS AVAILABLE TO COMPLETE THE CAUSE OF DEATH? ■ Yes □ No
35. DID TOBACCO USE CONTRIBUTE TO DEATH?  □ Yes □ Probably  ■ No □ Unknown	36. IF FEMALE: □ Not pregnant within past year □ Pregnant at time of death □ Not pregnant, but pregnant within 42 days of death □ Not pregnant, but pregnant 43 days to 1 year before death □ Unknown if pregnant within the past year	37. MANNER OF DEATH  □ Natural □ Homicide ■ Accident □ Pending Investigation □ Suicide □ Could not be determined
38. DATE OF INJURY (Mo/Day/Yr) (Spell Month)  August 15, 2003	39. TIME OF INJURY  Approx. 2320	40. PLACE OF INJURY (e.g., Decedent's home; construction site; restaurant; wooded area)  road side near state highway
41. INJURY AT WORK?  □ Yes ■ No		
42. LOCATION OF INJURY: State: Missouri City or Town: near Alexandria  Street & Number: mile marker 17 on state route 46a Apartment No.: Zip Code:		
43. DESCRIBE HOW INJURY OCCURRED:  Decedent driver of van, ran off road into tree		44. IF TRANSPORTATION INJURY, SPECIFY:  ■ Driver/Operator □ Passenger □ Pedestrian □ Other (Specify)

Common problems in death certification

The **elderly decedent** should have a clear and distinct etiological sequence for cause of death, if possible. Terms such as senescence, infirmity, old age, and advanced age have little value for public health or medical research. Age is recorded elsewhere on the certificate. When a number of conditions resulted in death, the physician should choose the single sequence that, in his or her opinion, best describes the process leading to death, and place any other pertinent conditions in Part II. If after careful consideration the physician cannot determine a sequence that ends in death, then the medical examiner or coroner should be consulted about conducting an investigation or providing assistance in completing the cause of death.

The **infant decedent** should have a clear and distinct etiological sequence for cause of death, if possible. "Prematurity" should not be entered without explaining the etiology of prematurity. Maternal conditions may have initiated or affected the sequence that resulted in infant death, and such maternal causes should be reported in addition to the infant causes on the infant's death certificate (e.g., Hyaline membrane disease **due to** prematurity, 28 weeks **due to** placental abruption **due to** blunt trauma to mother's abdomen).

When **SIDS** is suspected, a complete investigation should be conducted, typically by a medical examiner or coroner. If the infant is under 1 year of age, no cause of death is determined after scene investigation, clinical history is reviewed, and a complete autopsy is performed, then the death can be reported as Sudden Infant Death Syndrome.

When processes such as the following are reported, additional information about the etiology should be reported:

Abscess	Carcinomatosis	Disseminated intra vascular coagulopathy	Hyponatremia	Pulmonary arrest
Abdominal hemorrhage	Cardiac arrest	Dysrhythmia	Hypotension	Pulmonary edema
Adhesions	Cardiac dysrhythmia	End-stage liver disease	Immunosuppression	Pulmonary embolism
Adult respiratory distress syndrome	Cardiomyopathy	End-stage renal disease	Increased intra cranial pressure	Pulmonary insufficiency
Acute myocardial infarction	Cardiopulmonary arrest	Epidural hematoma	Intra cranial hemorrhage	Renal failure
Altered mental status	Cellulitis	Exsanguination	Malnutrition	Respiratory arrest
Anemia	Cerebral edema	Failure to thrive	Metabolic encephalopathy	Seizures
Anoxic encephalopathy	Cerebrovascular accident	Fracture	Multi-organ failure	Sepsis
Arrhythmia	Cerebellar tonsillar herniation	Gangrene	Multi-system organ failure	Septic shock
Ascites	Chronic bedridden state	Gastrointestinal hemorrhage	Myocardial infarction	Shock
Aspiration	Cirrhosis	Heart failure	Necrotizing soft-tissue infection	Starvation
Atrial fibrillation	Coagulopathy	Hemothorax	Old age	Subdural hematoma
Bacteremia	Compression fracture	Hepatic failure	Open (or closed) head injury	Subarachnoid hemorrhage
Bedridden	Congestive heart failure	Hepatitis	Paralysis	Sudden death
Biliary obstruction	Convulsions	Hepatorenal syndrome	Pancytopenia	Thrombocytopenia
Bowel obstruction	Decubiti	Hyperglycemia	Perforated gallbladder	Uncal herniation
Brain injury	Dehydration	Hyperkalemia	Peritonitis	Urinary tract infection
Brain stem herniation	Dementia (when not otherwise specified)	Hypovolemic shock	Pleural effusions	Ventricular fibrillation
Carcinogenesis	Diarrhea		Pneumonia	Ventricular tachycardia
				Volume depletion

If the certifier is unable to determine the etiology of a process such as those shown above, the process must be qualified as being of an unknown, undetermined, probable, presumed, or unspecified etiology so it is clear that a distinct etiology was not inadvertently or carelessly omitted.

The following conditions and types of death might seem to be specific or natural but when the medical history is examined further may be found to be complications of an injury or poisoning (possibly occurring long ago). Such cases should be reported to the medical examiner/coroner.

Asphyxia	Epidural hematoma	Hip fracture	Pulmonary emboli	Subdural hematoma
Bolus	Exsanguination	Hyperthermia	Seizure disorder	Surgery
Choking	Fall	Hypothermia	Sepsis	Thermal burns/chemical burns
Drug or alcohol overdose/drug or alcohol abuse	Fracture	Open reduction of fracture	Subarachnoid hemorrhage	

# FUNERAL DIRECTOR INSTRUCTIONS for selected items on U.S.

**Standard Certificate of Death** (For additional information concerning all items on certificate see Funeral Directors’ Handbook on Death Registration)

**ITEM 1. DECEDENT’S LEGAL NAME**

Include any other names used by decedent, if substantially different from the legal name, after the abbreviation AKA (also known as) e.g. Samuel Langhorne Clemens AKA Mark Twain, **but not** Jonathon Doe AKA John Doe

**ITEM 5. DATE OF BIRTH**

Enter the full name of the month (January, February, March etc.) Do not use a number or abbreviation to designate the month.

**ITEM 7A-G. RESIDENCE OF DECEDENT (information divided into seven categories)**

Residence of decedent is the place where the decedent actually resided. The place of residence is not necessarily the same as “home state” or “legal residence”. Never enter a temporary residence such as one used during a visit, business trip, or vacation. Place of residence during a tour of military duty or during attendance at college is considered permanent and should be entered as the place of residence. If the decedent had been living in a facility where an individual usually resides for a long period of time, such as a group home, mental institution, nursing home, penitentiary, or hospital for the chronically ill, report the location of that facility in item 7. If the decedent was an infant who never resided at home, the place of residence is that of the parent(s) or legal guardian. **Never** use an acute care hospital’s location as the place of residence for any infant. If Canadian residence, please specify Province instead of State.

**ITEM 10. SURVIVING SPOUSE’S NAME**

If the decedent was married at the time of death, enter the full name of the surviving spouse. If the surviving spouse is the wife, enter her name prior to first marriage. This item is used in establishing proper insurance settlements and other survivor benefits.

**ITEM 12. MOTHER’S NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE**

Enter the name used prior to first marriage, commonly known as the maiden name. This name is useful because it remains constant throughout life.

**ITEM 14. PLACE OF DEATH**

The place where death is pronounced should be considered the place where death occurred. If the place of death is unknown but the body is found in your State, the certificate of death should be completed and filed in accordance with the laws of your State. Enter the place where the body is found as the place of death.

**ITEM 51. DECEDENT’S EDUCATION (*Check appropriate box on death certificate*)**

Check the box that corresponds to the highest level of education that the decedent completed. **Information in this section will not appear on the certified copy of the death certificate. This information is used to study the relationship between mortality and education (which roughly corresponds with socioeconomic status). This information is valuable in medical studies of causes of death and in programs to prevent illness and death.**

**ITEM 52. WAS DECEDENT OF HISPANIC ORIGIN? (*Check “No” or appropriate “Yes” box*)**

Check “No” or check the “Yes” box that best corresponds with the decedent’s ethnic Spanish identity as given by the informant. Note that “Hispanic” is not a race and item 53 must also be completed. Do not leave this item blank. With respect to this item, “Hispanic” refers to people whose origins are from Spain, Mexico, or the Spanish-speaking Caribbean Islands or countries of Central or South America. Origin includes ancestry, nationality, and lineage. There is no set rule about how many generations are to be taken into account in determining Hispanic origin; it may be based on the country of origin of a parent, grandparent, or some far-removed ancestor. Although the prompts include the major Hispanic groups, other groups may be specified under “other”. “Other” may also be used for decedents of multiple Hispanic origin (e.g. Mexican-Puerto Rican). **Information in this section will not appear on the certified copy of the death certificate. This information is needed to identify health problems in a large minority population in the United States. Identifying health problems will make it possible to target public health resources to this important segment of our population.**

**ITEM 53. RACE (*Check appropriate box or boxes on death certificate*)**

Enter the race of the decedent as stated by the informant. Hispanic is not a race; information on Hispanic ethnicity is collected separately in item 52. American Indian and Alaska Native refer only to those native to North and South America (including Central America) and does not include Asian Indian. Please specify the name of enrolled or principal tribe (e.g., Navajo, Cheyenne, etc.) for the American Indian or Alaska Native. For Asians check Asian Indian, Chinese, Filipino, Japanese, Korean, Vietnamese, or specify other Asian group; for Pacific Islanders check Guamanian or Chamorro, Samoan, or specify other Pacific Island group. If the decedent was of mixed race, enter each race (e.g., Samoan-Chinese-Filipino or White, American Indian). **Information in this section will not appear on the certified copy of the death certificate. Race is essential for identifying specific mortality patterns and leading causes of death among different racial groups. It is also used to determine if specific health programs are needed in particular areas and to make population estimates.**

**ITEMS 54 AND 55. OCCUPATION AND INDUSTRY**

Questions concerning occupation and industry must be completed for all decedents 14 years of age or older. This information is useful in studying deaths related to jobs and in identifying any new risks. For example, the link between lung disease and lung cancer and asbestos exposure in jobs such as shipbuilding or construction was made possible by this sort of information on death certificates. **Information in this section will not appear on the certified copy of the death certificate.**

**ITEM 54. DECEDENT’S USUAL OCCUPATION**

Enter the usual occupation of the decedent. This is not necessarily the last occupation of the decedent. Never enter “retired”. Give kind of work decedent did during most of his or her working life, such as claim adjuster, farmhand, coal miner, janitor, store manager, college professor, or civil engineer. If the decedent was a homemaker at the time of death but had worked outside the household during his or her working life, enter that occupation. If the decedent was a homemaker during most of his or her working life, and never worked outside the household, enter “homemaker”. Enter “student” if the decedent was a student at the time of death and was never regularly employed or employed full time during his or her working life. **Information in this section will not appear on the certified copy of the death certificate.**

**ITEM 55. KIND OF BUSINESS/INDUSTRY**

Kind of business to which occupation in item 54 is related, such as insurance, farming, coal mining, hardware store, retail clothing, university, or government. DO NOT enter firm or organization names. If decedent was a homemaker as indicated in item 54, then enter either “own home” or “someone else’s home” as appropriate. If decedent was a student as indicated in item 54, then enter type of school, such as high school or college, in item 55. **Information in this section will not appear on the certified copy of the death certificate.**

**NOTE:** This recommended standard death certificate is the result of an extensive evaluation process. Information on the process and resulting recommendations as well as plans for future activities is available on the Internet at: [http://www.cdc.gov/nchs/vital\\_certs\\_rev.htm](http://www.cdc.gov/nchs/vital_certs_rev.htm).

The 2003 U.S. Standard Certificate of Death incorporated major changes in content. The following tables outlines those changes by comparing the items included on the 2003 U.S. Standard Certificate of Death with those included on the 1989 U.S. Standard Certificate of Death and provides justification for these changes.

Items included on the 2003 U.S. Standard Certificate of Death	Items included on the 1989 U.S. Standard Certificate of Death	Justification
Decedent's Legal Name (include AKA's if any) (First, Middle, Last)	Decedent's Name (First, Middle, Last)	Item modified to more clearly capture information being requested.
Sex	Sex	No change.
Social Security Number	Social security number	No change.
Age-Last Birthday (Years)	Age-last birthday (years)	No change.
Under 1 year (Months, Days)	Under 1 year (months, days)	
Under 1 day (Hours, Minutes)	Under 1 day (hours, minutes)	
Date of Birth (Mo/Day/Year)	Date of birth (Month/Day/Year)	
Birthplace (City and State or Foreign Country)	Birthplace (City and State or Foreign Country)	No change.
Residence: State County City or Town Street and number Apt. No. Zip Code Inside City Limits? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Residence: State County City, Town, or Location Street and number Inside City Limits? ( Yes or No) Zip code	Item modified to include "Apt. No."
Ever in U.S. Armed Forces? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Was decedent ever in U.S. Armed Forces? (Yes or No)	Item modified ("Was decedent" deleted) to checkbox format.
Marital Status at Time of Death <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Married, but separated <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Never Married <input type="checkbox"/> Unknown	Marital status-Married, Never Married, Widowed, Divorced, (Specify)	Item modified to checkbox format to alleviate confusion for those who are married and are not separated.
Surviving Spouse's Name (If wife, give name prior to first marriage)	Surviving spouse (If wife, give maiden name)	Item modified to include "Name" and to address concerns raised regarding the use of the term "maiden."
Father's Name (First, Middle, Last)	Father's name (First, Middle, Last)	No change.
Mother's Name Prior To First Marriage (First, Middle, Last)	Mother's Name (First, Middle, Maiden Surname)	Item modified to address concerns raised regarding the use of the term "maiden."
Informants Name	Informants Name (Type/Print)	Deleted Type/Print
Relationship to decedent		Item added to help identify the informant.
Mailing address (Street and Number, City, State, Zip Code)	Mailing address (Street and Number or Rural Route Number, City or Town, State, Zip Code)	Item modified to delete "Rural Route Number".

Items included on the 2003 U.S. Standard Certificate of Death	Items included on the 1989 U.S. Standard Certificate of Death	Justification
Place of Death (Check only one; see instructions) If death occurred in a hospital: <input type="checkbox"/> Inpatient <input type="checkbox"/> Emergency room/outpatient <input type="checkbox"/> Dead on arrival If death occurred somewhere other than a hospital: <input type="checkbox"/> Hospice facility <input type="checkbox"/> Nursing home/long-term care facility <input type="checkbox"/> Decedent's Home <input type="checkbox"/> Other (Specify) _____	Place of Death (Check only one; see instructions on other side) <u>Hospital:</u> <input type="checkbox"/> Inpatient <input type="checkbox"/> ER/Outpatient <input type="checkbox"/> DOA  <u>Other:</u> <input type="checkbox"/> Nursing Home <input type="checkbox"/> Residence <input type="checkbox"/> Other (Specify)	Item modified (addition of "Hospice facility" and "Long-term care facility") to obtain more specificity in terms of types of long term care facilities and to better indicate the place where death occurred.
Facility Name (If not institution, give street & number)	Facility Name (If not institution, give street and number)	No change.
City or town, State, and Zip Code	City, town, or location of death	
County of death	County of death	
Method of Disposition <input type="checkbox"/> Burial <input type="checkbox"/> Cremation <input type="checkbox"/> Donation <input type="checkbox"/> Entombment <input type="checkbox"/> Removal from state <input type="checkbox"/> Other (specify)	Method of Disposition <input type="checkbox"/> Burial <input type="checkbox"/> Cremation <input type="checkbox"/> Removal from State <input type="checkbox"/> Donation <input type="checkbox"/> Other (specify)	Item modified to help in the event that the body is exhumed or disinterred and to locate the body in case exhumation, autopsy, or transfer is required later.
Place of Disposition (Name of cemetery, crematory, other place)	Place of Disposition (Name of cemetery, crematory, other place)	No change.
Location-City, Town, and State	Location-City or Town, State	
Name and Complete Address of Funeral Facility	Name and address of facility	Item modified to include "Complete" and Funeral."
Signature of Funeral Service Licensee or Other Agent	Signature of Funeral Service Licensee or Person Acting as Such	Item modified to replace "Person Acting as Such" with "Other Agent."
License Number (of Licensee)	License number (of licensee)	No change.
Date pronounced dead (Mo/Day/Year)	Date of death (Month,Day,Year)	Item modified to include the term "pronounced" to identify the date the decedent was legally pronounced dead.
Time pronounced dead		Item added because the actual/presumed and pronounced time of death were not clearly distinguished.
Signature of person pronouncing death (only when applicable)	To the best of my knowledge, death occurred at the time, date, and place stated. Signature and Title	Item modified to replace the Pronouncing Physician statement from the 1989 U.S. Standard Certificate of Death.
License number	License number	No change.
Date signed (Mo/Day/Yr)	Date signed (Month/Day/Year)	No change.
Actual or Presumed Date of Death (Mo/Day/Yr) (Spell month)	Date of Death (Month/Day/Year)	Item modified to include the word "presumed" and "actual" to establish the exact time and date of death of the decedent.
Actual or Presumed Time of Death	Time of Death	
Was medical examiner or coroner contacted? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Was case referred to medical examiner/coroner? (Yes or no)	Item modified to indicate whether the medical examiner or coroner was informed when the circumstances required such action.

Items included on the 2003 U.S. Standard Certificate of Death	Items included on the 1989 U.S. Standard Certificate of Death	Justification
<p><b>CAUSE OF DEATH (See instructions and examples)</b>  <b>PART I.</b> Enter the chain of events—diseases, injuries, or complications—that directly caused the death. DO NOT enter terminal events such as cardiac arrest, respiratory arrest, or ventricular fibrillation without showing the etiology. DO NOT ABBREVIATE. Enter only one cause on a line. Add additional lines if necessary.</p> <p>IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition resulting in death) →</p> <p>a. _____ Due to (or as a consequence of): _____</p> <p>b. _____ Due to (or as a consequence of): _____</p> <p>c. _____ Due to (or as a consequence of): _____</p> <p>d. _____</p> <p>Sequentially list conditions, if any, leading to the cause listed on line a. Enter the UNDERLYING CAUSE (disease or injury that initiated the events resulting in death) LAST</p>	<p><b>PART I.</b> Enter the diseases, injuries, or complications that caused the death. Do not enter the mode of dying, such as cardiac or respiratory arrest, shock, or heart failure. List only one cause on each line.</p> <p>IMMEDIATE CAUSE (Final disease or condition resulting in death) →</p> <p>a. _____ Due to (or as a consequence of): _____</p> <p>b. _____ Due to (or as a consequence of): _____</p> <p>c. _____ Due to (or as a consequence of): _____</p> <p>d. _____</p> <p>Sequentially list conditions, if any, leading to the immediate cause. Enter UNDERLYING CAUSE (disease or injury that initiated events resulting in death) LAST</p>	<p>To emphasize the importance of obtaining quality cause-of-death information, the item was modified to include the following: "Without showing etiology" (suggestion of the Council of State Territorial Epidemiologists (CSTE)), "Enter only one cause on a line", and "Add additional lines if necessary." Item also modified to be consistent with instructions that were included with the 2003 U.S. Standard Certificate of Death.</p>
<p><b>Part II.</b> Enter other significant conditions contributing to death but not resulting in the underlying cause given in PART I.</p>	<p><b>Part II.</b> Other significant conditions contributing to death but not resulting in the underlying cause given in Part I.</p>	<p>Part II section modified to allow physician more opportunity to list risk factors contributing to death.</p>
<p>Was an autopsy performed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Was an autopsy performed? (Yes or no)</p>	<p>No change.</p>
<p>Were autopsy findings available to complete the cause of death? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Were autopsy findings available prior to the completion of cause of death? (Yes or no)</p>	<p>Item modified to replace the wording "prior to the completion" with "to complete."</p>

Items included on the 2003 U.S. Standard Certificate of Death	Items included on the 1989 U.S. Standard Certificate of Death	Justification
Did tobacco use contribute to death? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Probably <input type="checkbox"/> Unknown		Item added because tobacco use is a major public health issue and is under-reported as a contributing factor to death.
If Female: <input type="checkbox"/> Not pregnant within past year <input type="checkbox"/> Pregnant at time of death <input type="checkbox"/> Not pregnant, but pregnant within 42 days of death <input type="checkbox"/> Not pregnant, but pregnant 43 days to 1 year before death <input type="checkbox"/> Unknown if pregnant within the past year		Item added to capture pregnancy information about the female decedent and to address the need to standardize the way this information is collected.
Manner of Death <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Homicide <input type="checkbox"/> Pending investigation <input type="checkbox"/> Could not be determined	Manner of Death <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Suicide <input type="checkbox"/> Homicide <input type="checkbox"/> Pending Investigation <input type="checkbox"/> Could not be Determined	No change.
Date of injury (Mo/Day/Yr) (Spell Month)	Date of injury (Month/Day/Year)	No change.
Time of injury	Time of injury M	No change.
Place of injury (e.g., Decedent's home; construction site; restaurant; wooded area)	Place of injury-At home, farm, street, factory, office building, etc. (Specify)	No change.
Injury at work? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Injury At Work? (Yes or no)	No change.
Location of injury: State: City or town: Street & number: Apartment no.: Zip code:	Location (Street and number or rural route number, city or town, State)	Item modified to add "Zip Code" and remove "Rural Route Number" from the prompt.
Describe how injury occurred	Describe how injury occurred	No change.
If transportation injury, specify: <input type="checkbox"/> Driver/Operator <input type="checkbox"/> Passenger <input type="checkbox"/> Pedestrian <input type="checkbox"/> Other (Specify)		Item added to facilitate ICD-10 cause-of-death coding, which places much greater emphasis on traffic status than ICD-9.



Items included on the 2003 U.S. Standard Certificate of Death	Items included on the 1989 U.S. Standard Certificate of Death		Justification		
<p><b>Certifier (Check only one):</b></p> <p><input type="checkbox"/> Certifying physician-To the best of my knowledge, death occurred due to the cause(s) and manner stated.</p> <p><input type="checkbox"/> Pronouncing &amp; Certifying physician-To the best of my knowledge, death occurred at the time, date, and place, and due to the cause(s) and manner stated.</p> <p><input type="checkbox"/> Medical Examiner/Coroner-On the basis of examination, and/or investigation, in my opinion, death occurred at the time, date, and place, and due to the cause(s) and manner stated.</p> <p>Signature of Certifier: _____</p>	<p><b>Certifier (Check only one)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <u>CERTIFYING PHYSICIAN</u> (Physician certifying cause of death when another physician has pronounced death and completed Item 23) To the best of my knowledge, death occurred due to the cause(s) and manner as stated.</p> <p><input type="checkbox"/> <u>PRONOUNCING AND CERTIFYING PHYSICIAN</u> (Physician both pronouncing death and certifying to cause of death) To the best of my knowledge, death occurred at the time, date, and place and due to the cause(s) and manner as stated.</p> <p><input type="checkbox"/> <u>MEDICAL EXAMINER/CORONER</u> On the basis of examination and/or investigation, in my opinion, death occurred at the time, date, and place and due to the cause(s) and manner as stated.</p>		No change.		
Name, Address, and Zip Code of Person Completing Cause of Death. (Item 32)	Name and address of person who completed cause of death (Item 27)(Type/Print)		Item modified to capture "Zip Code" of person completing the cause of death.		
Title of Certifier	Signature and Title of certifier		Deleted signature.		
License Number	License number		No change.		
Date Certified (Mo/Day/Yr)	Date Signed (Month/Day/Year)		Item modified (replaced "Signed" with "Certified") to facilitate electronic data collection		
For Registrar Only-Date filed (Mo/Day/Yr)	Date filed (Month/Day/Year)		Item modified to include the wording "For Registrar Only."		
<p><b>Decedent's Education-Check the box that best describes the highest degree or level of school completed at the time of death.</b></p> <p><input type="checkbox"/> 8th grade or less</p> <p><input type="checkbox"/> 9th - 12th grade; no diploma</p> <p><input type="checkbox"/> High school graduate or GED completed</p> <p><input type="checkbox"/> Some college credit, but no degree</p> <p><input type="checkbox"/> Associate degree (e.g., AA, AS)</p> <p><input type="checkbox"/> Bachelor's degree (e.g., BA, AB, BS)</p> <p><input type="checkbox"/> Master's degree (e.g., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)</p> <p><input type="checkbox"/> Doctorate (e.g., PhD, EdD) or Professional degree (e.g., MD, DDS, DVM, LLB, JD)</p>	<p><b>Education (Specify only highest grade completed)</b></p> <table><tr><td>Elementary/Secondary (0-12)</td><td>College (1-4 or 5+)</td></tr></table>		Elementary/Secondary (0-12)	College (1-4 or 5+)	Item modified to a checkbox format to collect more specific data on degrees obtained and to be consistent with education data collected by U.S. Bureau of Census.
Elementary/Secondary (0-12)	College (1-4 or 5+)				

Items included on the 2003 U.S. Standard Certificate of Death	Items included on the 1989 U.S. Standard Certificate of Death	Justification
Decedent of Hispanic Origin? (Check the box that best describes whether the decedent is Spanish/Hispanic/Latino. Check the "No" box if decedent is not Spanish/Hispanic/Latino) <input type="checkbox"/> No, not Spanish/Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Yes, Mexican, Mexican American, Chicano <input type="checkbox"/> Yes, Puerto Rican <input type="checkbox"/> Yes, Cuban <input type="checkbox"/> Yes, other Spanish/Hispanic/Latino (Specify)	Was decedent of Hispanic Origin? (Specify No or Yes- If yes, specify Cuban, Mexican, Puerto Rican, etc.)	Item modified to a checkbox format to elicit more specific information regarding Hispanic origin and to be consistent with Hispanic data collected by U.S. Bureau of Census.
Decedent's Race- (Check one or more races to indicate what the decedent considered himself or herself to be) <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native (Name of the enrolled or principal tribe) <input type="checkbox"/> Asian Indian <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> Vietnamese <input type="checkbox"/> Other Asian (Specify) <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro <input type="checkbox"/> Samoan <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander (Specify) <input type="checkbox"/> Other (Specify)	Race-American Indian, Black, White, etc. (Specify)	Item modified to a checkbox format to elicit more specific information regarding race and to be consistent with race data collected by the U.S. Bureau of Census.
Decedent's Usual Occupation (Indicate type of work done during most of working life. DO NOT USE RETIRED)	Decedent's Usual Occupation (Give kind of work done during most of working life. Do <u>not</u> use retired.)	No change.
Kind of Business/Industry	Kind of Business/Industry	No change.
NAME OF DECEDENT (In margin area) For use by physician or institution		Item added in margin area to facilitate the identification of the decedent.
To Be Completed/Verified By: FUNERAL DIRECTOR		Wording (notated in margin area) added to identify the individual responsible for completing and verifying the section of the death certificate pertaining to the funeral director.
To Be Completed By: MEDICAL CERTIFIER		Wording (notated in margin area) added to identify the individual responsible for completing the section of the death certificate pertaining to the medical certifier.