INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012314

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido:

[redacted]

1.2 Documento de identidad:

Tarjeta de identidad: (1) Pasaporte ... 2 Otro ... 3

Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:

Departamento: [redacted]

Municipio: Dulce centro

Aldea o ciudad: Lepaterique

Barrio, colonia o caserío: [redacted]

1.4 Sexo: Hombre (1) Mujer ... 2

1.5 Fecha de nacimiento: 03 03 1978 (Día Mes Año)

1.6 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día ____ Horas Menor de un mes ____ Días

Menor de un año ____ Meses

De un año o mayor 42 Años Se ignora ____ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña (1) Extranjera ... 2

1.8 Grupo poblacional (étnico) al que pertenecía:

Garifuna ... 1 Miskito ... 5 Otro ... 9

Negro inglés ... 2 Lenca ... 6 Ninguno ... 10

Tolupán ... 3 Tawahka ... 7 No sabe/No resp. ... 11

Pech (Paya) ... 4 Chorti ... 8

1.9 ¿Sabe leer y escribir? Sí ... 1 No ... 2

1.10 Estudios realizados:

		Incompleta	Completa
Ninguno	1		
Primaria	2	1	2
Secundaria	3	1	2
Superior	4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo: enfermero(a), abogado, ama de casa, etc.):

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Fallo hepático de origen

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último la causa básica: b) Fractura de hígado Traumatismo grado

c) Hemorragia trauma

d) Traumatismo cerrado

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Código de causa

Código de la causa básica

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo:

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO →

criterio.hn

INE
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

Nº 0012382

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Este documento debe ser llenado por el médico que constató la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desglosadas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficialía Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las casillas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 17663

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 28 06 2020 04 16 (Día, Mes, Año, Hora, Minutos) a.m.....1 p.m.....2

2.6 Sitio donde murió: Establecimiento de Salud (1) Casa...2 Otro...3

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de Identidad: Tarjeta de Identidad...(1) Pasaporte.....2 Otro.....3

Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre...(1) Mujer.....2

2.4 Edad al fallecer, si era: Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días Menor de un año: ___ Meses De un año o mayor: 70 Años Se ignora ___ 9

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento: Departamento: Francisco Morazán Municipio: Distrito Central Ciudad o aldea: Barrio, colonia o caserío: La Granja

2.8 Causa básica de la muerte: Insuficiencia Respiratoria

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

28 06 2020 (Día, Mes, Año)

Firma y sello

CORTE AQUI

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CORTE AQUI

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012382

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Primer apellido) [redacted] (Segundo apellido)

1.2 Documento de Identidad: Tarjeta de Identidad...(1) Pasaporte.....2 Otro.....3

Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente: Departamento: Francisco Morazán Municipio: MDC Aldea o ciudad: Barrio, colonia o caserío: Villa de la

1.4 Sexo: Hombre...(1) Mujer.....2

1.5 Fecha de nacimiento: 15 06 1950 (Día, Mes, Año)

1.6 Edad al fallecer, si era: Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días Menor de un año: ___ Meses De un año o mayor: 70 Años Se ignora ___ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña...(1) Extranjera.....2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:

Garífuna	1	Miskito	5	Otro	9
Negro inglés	2	Lenca	6	Ninguno	(10)
Tolupán	3	Tawahka	7	No sabe/No resp.	11
Pech (Paya)	4	Chortí	8		

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí...(1) No.....2

1.10 Estudios realizados

		Incompleta	Completa
Ninguno	1		
Primaria	2	(1)	2
Secundaria	3	1	2
Superior	4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.): Comerciante

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente a) Insuficiencia Respiratoria

debido a (como consecuencia de)

Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último la causa básica

b) Neumonía Grave

debido a (como consecuencia de)

c) Probable Covid-19.

debido a (como consecuencia de)

d)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Código de causa

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

BOLETA GRATUITA

IHSS

GENERALES/TRASLADOS

NOMBRE FALLECIDO	[redacted]
FECHA DE FALLECIMIENTO	27 - Junio - 2020
HOSPITAL DONDE DE FALLECIMIENTO	H.E.E IHSS Bº la granja
DEPARTAMENTO	Francisco Morazán
MUNICIPIO	Comayagüela.
NOMBRE DEL CEMENTERIO	Cementerio Municipal Choluteca Choluteca
VEHICULO QUE TRASLADA CUERPO	Nissan Pick up Color Blanco
CONTACTO QUE ACOMPAÑA	[redacted]
TELEFONO DE CONTACTO	Tel: [redacted]
OBSERVACIONES:	El Cadaver del Sr. Israel Flores Martinez sera Trasladado a la Ciudad de Choluteca por sus familiares en Carro particular.

criterio.hn

INE INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

RNP Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 1012296

Este documento debe ser llenado por el médico que constata la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Su contenido de los partes que serán desglosados por el Registrador Civil otra vez que el llenado haya sido comprobado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficina Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las cuentas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MÉDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCIÓN

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 08888

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de identidad:
Tarjeta de identidad (1) Pasaporte ...2 Otro ...3
[redacted]
Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre (1) Mujer ...2

2.4 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ..., Horas Menor de un mes: ..., Días
Menor de un año: ..., Meses
De un año o mayor: 07 Años Se ignora ...9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 23 06 2020 02 00 a.m. (1) p.m. (2)
Día Mes Año Hora Minutos

2.6 Sitio donde murió:
Establecimiento de Salud (1) Casa ...2 Otro ...3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: MDC
Ciudad o aldea: Tegucigalpa
Barrio, colonia o caserío: La Granja

2.8 Causa básica de la muerte: Neumonía Grave

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCIÓN

23 06 2020
Día Mes Año Firma

2310128000 CORTE AQUÍ

CORTE AQUÍ

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012296

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido:
[redacted] [redacted] [redacted]
Nombre (s) Primer apellido Segundo apellido

1.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad (1) Pasaporte ...2 Otro ...3
Número [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: MDC
Aldea o ciudad: Tegucigalpa
Barrio, colonia o caserío: Altos del Milagro

1.4 Sexo: Hombre (1) Mujer ...2

1.5 Fecha de nacimiento: 05 04 1999
Día Mes Año

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ..., Horas Menor de un mes: ..., Días
Menor de un año: ..., Meses
De un año o mayor: 07 Años Se ignora ...9

1.7 Nacionalidad: Hondureña ...1 Extranjera ...2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:
Garífuna ...1 Miskito ...5 Otro ...(9)
Negro inglés ...2 Lenca ...6 Ninguno ...10
Tolupán ...3 Tawahka ...7 No sabe/No resp. ...11
Pech (Paya) ...4 Chorti ...8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí ...1 No ...2

1.10 Estudios realizados:

		Incompleta	Completa
Ninguno	1		
Primaria	2	1	2
Secundaria	3	1	2
Superior	4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.)

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente
a) Insuficiencia Respiratoria Aguda
debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lo causa básica
b) Neumonía Grave
debido a (o como consecuencia de)
c) Sospecha SARS-Cov2
debido a (o como consecuencia de)
d)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Código de causa

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo:
Hipertensión Arterial.

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO →

COPIA GRATUITA
criterio.hn
PROHIBIDA SU VENTA

INE

REPUBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

Nº 1012341

CONSTANCIA DE DEFUNCION

[redacted]

1.2 Nº de cotejo (si del caso): 44681

2.1 Fecha y hora del fallecimiento: 25 06 2020 12 20 a.m. 1 p.m. 2

2.6 Sitio donde murió: Casa 1 Otro 3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento: Departamento: Francisco Morazán; Municipio: Distrito Central; Ciudad o aldea: Tegucigalpa; Barrio, colonia o caserío: Bda Manga

2.8 Causa básica de la muerte: Sepsis Infeccion x Gar Cocu 2

2.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad 1 Pasaporte 2 Otro 3

[redacted]

2.3 Sexo: Hombre 1 Mujer 2

2.4 Edad al fallecer, si era: Menor de un día ____ Horas; Menor de un mes ____ Días; Menor de un año ____ Meses; De un año o mayor 66 Años; Se ignora ____ 9

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

25 06 2020

Fecha y sello

CONTINUACION

ESTA CONSTANCIA DEBE INCLUIRSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012341

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombre y apellidos completos del fallecido: [redacted]

Primer apellido: [redacted] Segundo apellido: [redacted]

1.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad 1 Pasaporte 2 Otro 3

[redacted]

1.2 Domicilio habitual o permanente: Departamento: Francisco Morazán; Municipio: Distrito Central; Ciudad o aldea: Tegucigalpa; Barrio, colonia o caserío: B. Manga

1.4 Sexo: Hombre 1 Mujer 2

1.5 Fecha de nacimiento: 19 09 1959 (Día Mes Año)

1.6 Edad al fallecer, si era: Menor de un día ____ Horas; Menor de un mes ____ Días; Menor de un año ____ Meses; De un año o mayor 60 Años; Se ignora ____ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña 1 Extranjera 2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía: Garifuna 1; Nasa 5; Otro 9; Negro inglés 2; Lenca 6; Ninguna 10; Tolupán 3; Tawahka 7; No sabe/No resp. 11; Pech (Paya) 4; Chorti 8

1.9 ¿Sabe leer y escribir? Sí 1 No 2

1.10 Estudios realizados: Ninguno 1; Primaria 2 — Incompleta 1 Completa 2; Secundaria 3 — Incompleta 1 Completa 2; Superior 4 — Incompleta 1 Completa 2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.): Amadeuta

2. CAUSA DE LA DEFUNCION (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Sepsis Infeccion x Gar Cocu 2

Causas antecedentes (Estados morbosos, si existieren alguno, que produjeron la causa consignada en el inciso anterior, especificando en último lugar la causa básica): b) Neumonia Bacial; c); d)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad o la muerte

Código de causa

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

Carlos Ortiz.hn

INE INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

Nº 1012310

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Este documento debe ser llenado por el médico que atendió la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. No confunda la Constancia de Defunción con la Certificación de Defunción que es el documento que el Registrador Civil está obligado a entregar a los familiares del difunto. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y no debe confundirse con la Certificación de Defunción que se entrega a los familiares del difunto. Las cuentas en gris son para uso exclusivo del INE.

ESCRIBIR EN LOS CUADROS EL CODIGO CORRESPONDIENTE A LA RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LEGANOS INDICADOS ESTA SIEMPRE LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 9709

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad ..... 1 Pasaporte ..... 2 Otro X

[redacted]

Número:

2.3 Sexo: Hombre ..... X Mujer 2

2.4 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día ..... Horas Menor de un mes ..... Días

Menor de un año ..... Meses

De un año o mayor: 63 Años Se ignora 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 23 06 2020 09 49 a.m. ..... p.m. X

Día Mes Año Hora Minutos

2.6 Sitio donde murió: Establecimiento de Salud X Casa ..... 2 Otro 3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:

Departamento: Francisco Morazán

Municipio: Distrito Central

Caserío o aldea: Tegucigalpa

Barrio, colonia o caserío: Barrio la Virgen

2.8 Causa básica de la muerte: Covid - 19 confirmado

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

23 06 2020

Día Mes Año

Firma y sello

Fecha y sello

CONSERVAR

CONSERVAR

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012310

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted]

Primer apellido Segundo apellido

Nombre (s)

1.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad ..... 1 Pasaporte ..... 2 Otro X

Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual permanente:

Departamento: Francisco Morazán

Municipio: Distrito Central

Aldea o ciudad: Tegucigalpa

Barrio, colonia o caserío: C. Morazán Frente

1.4 Sexo: Hombre ..... X Mujer 2

1.5 Fecha de nacimiento: 30 09 1956

Día Mes Año

1.6 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día ..... Horas Menor de un mes ..... Días

Menor de un año ..... Meses

De un año o mayor: 63 Años Se ignora 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña ..... X Extranjera 2

1.8 Origen poblacional (étnico) al que pertenecía:

Garífuna ..... 1 Maya ..... 6 Otro X

Negro inglés ..... 2 Lenca ..... 8 Ninguno 10

Tawahka ..... 3 Tolupán ..... 7 No sabe/No reporta 11

Pech (Paya) ..... 4 Chorti 9

1.9 ¿Sabe leer y escribir? Sí ..... 1 No 2

1.10 Escolaridad:

	Incompleta	Completa
Ninguna 1		
Primaria 2	1	2
Secundaria 3	1	2
Superior 4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo: enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.): Comerciante

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte inmediatamente: a) Insuficiencia Respiratoria

Causas antecedentes. Estados morbosos, si existieran algunos, que produjeron la causa consignada antes, mencionándose en último lugar la causa básica: b) Neumonía Grave Adquirida

c) Probable Covid - 19

d)

Tiempo aproximado entre ocurrencia de enfermedad y la muerte

Código de causa

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: Diabetes Mellitus tipo 2 Hipertensión Arterial

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

POLICIA PATRULLA
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Copia fiel del original

INE INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

Nº 1012310

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Este documento debe ser llenado por el médico que atendió la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Su comprobante de defunción, que será requisito para el Registro Civil, no es por sí mismo un certificado de muerte. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficina Civil correspondiente, para su remisión al INE. Los datos en este informe son para uso exclusivo del INE.

ESCRIBA EN LA CASILLA EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LAS LINEAS PUNTEADAS ESTA, SIEMPRE LETRA BOT CLARA

1. DATOS DEL MENOR QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del menor: [redacted]

1.2 Nº de inscripción del nacido: 4798

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de identidad:
Tarjeta de identidad ... 1 Pasaporte ... 2 Otro ... X
Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre ... X Mujer ... 2

2.4 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día ___ Horas Menor de un mes ___ Días
Menor de un año ___ Meses
De un año o mayor 63 Años Se ignora ___ 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 23 04 2020 09 49 a.m. 1 p.m. X
Día Mes Año Hora Minutos

2.6 Sitio donde murió:
Establecimiento de Salud X Casa ... 2 Otro ... 3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito Central
Caserío o aldea: Tegucigalpa
Barrio, colonia o sector: Barrio de Lourdes

2.8 Causa básica de la muerte: COVID - 19 confirmado

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

23 04 2020
Día Mes Año

Firma y sello

CORTE AQUI

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

Nº 0012310

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted]
Nombre (s) Primer apellido Segundo apellido

1.2 Documento de identidad:
Tarjeta de identidad ... 1 Pasaporte ... 2 Otro ... X
Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual permanente:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito Central
Aldea o ciudad: Tegucigalpa
Barrio, colonia o caserío: Col. Mosqueria Fiallos

1.4 Sexo: Hombre ... X Mujer ... 2

1.5 Fecha de nacimiento: 30 09 1956
Día Mes Año

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día ___ Horas Menor de un mes ___ Días
Menor de un año ___ Meses
De un año o mayor 63 Años Se ignora ___ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña ... X Extranjera ... 2

1.8 Grupo poblacional (étnico) al que pertenecía:
Garifuna ... 1 Miskito ... 5 Otro ... X
Negro inglés ... 2 Lenca ... 6 Ninguno ... 10
Tolupán ... 3 Tawahka ... 7 No sabe/No resp. ... 11
Pech (Paya) ... 4 Chorti ... 8

1.9 ¿Sabe leer y escribir? Sí ... 1 No ... 2

1.10 Estudios realizados: Incompleta Completa
Ninguno ... 1
Primaria ... 2 1 2
Secundaria ... 3 1 2
Superior ... 4 1 2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.): Comerciante

2. CAUSA DE LA DEFUNCION (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte inmediatamente: a) Insuficiencia Respiratoria

Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica:
b) Neumonía Bilateral Adquirida
c) Probable Covid - 19
d)

Tiempo aproximado entre ocurrencia de enfermedad y la muerte

Código de causa

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: Diabetes Mellitus tipo 2 Hipertensión Arterial

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO →

BOLETA OFICIAL

INE

Registro Nacional de las Personas

No.084462 - 2016

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Este documento debe ser llenado por el médico que constata la defunción y se entregará a interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Sin menoscabo de sus partes, son solo responsables por el Registrador Civil una vez que el interesado haya sido verificado en su identidad. La Constancia de Defunción será entregada en la oficina del Registro Civil Municipal y el informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficina Civil correspondiente, para su remisión al INE. Los datos en gris son para uso exclusivo del INE.

INGRESE EN MAYÚSCULAS EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS ESPACIOS INDICADOS ATENDIENDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombres y apellidos completos del médico: [redacted] Obs

1.2 N° de colegiación del médico: 12355

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: Julio Sementidis

2.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad ...1 Pasaporte ...2 Otro ...3

Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre (1) Mujer ...2

2.4 Fecha y hora del fallecimiento: a.m. (4) p.m. (5)

[redacted] 08 35
Día Mes Año Hora Minuto

2.5 Sitio donde murió: Establecimiento de Salud (1) Casa ...2 Otro ...3

2.6 Lugar donde murió el fallecido:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito Central
Ciudad o aldea: Tegucigalpa
Barrio, colonia o caserío: La Granja

2.7 Causa básica de la muerte: Insuficiencia Respiratoria

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

22 06 2020
Día Mes Año

Firma y sello

CORTE AQUI

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CORTE AQUI

No.084462 - 2016

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted]
Primer apellido Segundo apellido
Nombre (s)

1.2 Documento de identidad:
Tarjeta de identidad ...1 Pasaporte ...2 Otro (3)
Número [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:
Departamento
Municipio
Aldea o ciudad
Barrio, colonia o caserío

1.4 Sexo: Hombre (1) Mujer ...2

1.5 Fecha de nacimiento: 16 06 1950
Día Mes Año

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: Horas Menor de un mes: Días
Menor de un año: Meses
De un año o mayor: 070 Años Se ignora: 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña ...1 Extranjera (2)

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:
Garífuna ...1 Maskito ...6 Otro (5)
Negro inglés ...2 Lenca ...6 Negama ...10
Tolupán ...3 Tawahka ...7 No sabe/No resp. ...11
Pech (Paya) ...4 Chorti ...8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí ...1 No ...2

1.10 Estudios realizados:

	Incompleta	Completa
Jardín ...1		
Primaria ...2	1	2
Secundaria ...3	1	2
Superior ...4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.)

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Insuficiencia Respiratoria (Enfermedad o Efecto)

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existen alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: b) Neumonia Grave (Antes a (Como consecuencia de))

c) Sospecha Infección por SARS-COV2 (Antes b (Como consecuencia de))

d) Enfermedad Renal terminal Estadio 5 (Antes c (Como consecuencia de))

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Código de causa

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: Diabetes Mellitus tipo 2 Hipertension Arterial Cronica

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

INE
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 1012266

[redacted]

1.1 Nombre y apellido completo del informante: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 46051

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: Francisco Lanza Lopez

2.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad (1) Pasaporte 2 Otro 3

[redacted]

2.3 Sexo: Hombre (1) Mujer 2

2.4 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día ____ Horas Menor de un mes ____ Días

Menor de un año ____ Meses

De un año o mayor 53 Años De ignora ____ 9

2.5 Fecha y hora de fallecimiento: [redacted]

2.6 Sitio donde murió: Establecimiento de salud (1) Casa 2 Otro 3

2.7 Lugar donde murió el fallecido:

Departamento: Francisco Morazán

Municipio: Distrito Central

Ciudad o aldea: Tegucigalpa

Barrio, colonia o sector: Kilometro 6

2.8 Causa básica de la muerte: Insuficiencia renal de MII

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

21 06 2020

Día Mes Año

Firma y sello

Nombre y sello

ESTA CONSTANCIA NO ES UN DOCUMENTO DE IDENTIDAD

SINCAEP

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012264

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted]

1.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad (1) Pasaporte 2 Otro 3

[redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:

Departamento: Choluteca

Municipio: Choluteca

Aldea o ciudad:

Barrio, colonia o sector:

1.4 Sexo: Hombre (1) Mujer 2

1.5 Fecha de nacimiento: 10 10 1966

Día Mes Año

1.6 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día ____ Horas Menor de un mes ____ Días

Menor de un año ____ Meses

De un año o mayor 53 Años De ignora ____ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña (1) Extranjera 2

1.8 Grupo étnico con el que pertenecía:

Garifuna 1 Miskito 6 Otro 9

Negro inglés 2 Creole 8 Ninguno 10

Tolupán 3 Tawahka 7 No sabe/No resp. 99

Pech (Paya) 4 Isleño 8

1.9 ¿Estaba trabajando? Sí 1 No 2

1.10 Nivel educativo:

	Incompleto	Completo
Ninguno 1		
Primaria 2	1	2
Secundaria 3	1	2
Superior 4	1	2

1.11 Profesión, especialidad o oficio (por ejemplo, enfermera(o), albañil(a), ama de casa, etc.):

2. CAUSA DE LA DEFUNCION (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Enfermedades o condiciones morbosas que produjeron la muerte (Secuencia)

a) Insuficiencia renal de MII

b) Choque séptico focal del

c) Cirrosis

d)

Otras enfermedades o condiciones significativas que contribuyeron a la muerte pero no relacionadas con la enfermedad o estado morboso que ocasionó la muerte

Parte II

Cómo se produjo la muerte

Lugar de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

criterio.hn

INE HONDURAS

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA INE

RNP

Registro Nacional de las Personas

No. 061497

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Este documento debe ser llenado por el médico que constató la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desglosadas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficialía Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las casillas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA.

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 14643

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad....1 Pasaporte.....2 Otro.....3
Número [redacted]

2.3 Sexo: Hombre....1 Mujer.....2

2.4 Fecha y hora del fallecimiento:
a.m....1
p.m...2

Día	Mes	Año	Hora	Minutos
26	06	2020	20	00

2.5 Sitio donde murió:
Establecimiento de Salud...1 Casa ...2 Otro....3

2.6 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: MDC
Ciudad o aldea: Tegucigalpa
Barrio, colonia o caserío: Suyapita

2.7 Causa básica de la muerte
Insuficiencia respiratoria aguda

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

Día	Mes	Año
26	06	2020

Firma y Sello

CORTE AQUI

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CORTE AQUI

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

No. 061497

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido:
[redacted] (Nombre (s)) [redacted] (Primer apellido) [redacted] (Segundo apellido)

1.2 Documento de Identidad
Tarjeta de Identidad ...1 Pasaporte ...2 Otro ...3
Número [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: M.D.C.
Aldea o ciudad: Tegucigalpa
Barrio, colonia o caserío: Col. Palermo

1.4 Sexo: Hombre ...1 Mujer ...2

1.5 Fecha de nacimiento:

Día	Mes	Año
18	07	1950

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 069 Años Se ignora ___ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña...1 Extranjera.....2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:
Garífuna ...1 Miskito.....5 Otro.....9
Negro inglés ...2 Lenca.....6 Ninguno.....10
Pech ...3 Tawahka.....7 No sabe/No resp.....11
Tolupán (Jicaque) ...4 Chortí.....8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí...1 No.....2

1.10 Estudios realizados

		INCOMPLETA	COMPLETA
Ninguno	1		
Primaria	2	1	2
Secundaria	3	1	2
Superior	4	1	9

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.)

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente a) Insuficiencia respiratoria aguda
debido a (como consecuencia de)

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último la causa básica

b) Neumonía atípica
debido a (como consecuencia de)

c) Probable Covid-19
debido a (como consecuencia de)

d)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Código de causa

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

criterio.hn

INE INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

RNP Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 0012363

Este documento debe ser llenado por el médico que constató la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desglosadas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficialía Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las casillas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: Alejandra Margarita Mejía Segura

1.2 Nº de colegiación del médico: 10853

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: Selvin Dubian Moncada

2.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad.....1 Pasaporte.....2 Otro.....(3)
Número: 0704 1972 00422

2.3 Sexo: Hombre....(1) Mujer.....2

2.4 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 048 Años Se ignora ___ 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 27 06 2020 02 31 (a.m....1 / p.m....2)
Día Mes Año Hora Minutos

2.6 Sitio donde murió:
Establecimiento de Salud (1) Casa...2 Otro...3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito Central
Ciudad o aldea: Comayagüela
Barrio, colonia o caserío: Col. La Granja

2.8 Causa básica de la muerte: Sospecha COVID

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

27 06 2020
Día Mes Año

Firma y sello

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CORTE AQUI

CORTE AQUI

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012363

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido:
[redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Primer apellido) ___ (Segundo apellido)

1.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad.....1 Pasaporte.....2 Otro.....(3)
Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito Central
Aldea o ciudad: Tegucigalpa
Barrio, colonia o caserío: Col. El Sitio

1.4 Sexo: Hombre....(1) Mujer.....2

1.5 Fecha de nacimiento: 23 08 1972
Día Mes Año

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 048 Años Se ignora ___ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña....(1) Extranjera.....2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:
Garífuna.....1 Miskito.....5 Otro.....9
Negro inglés...2 Lenca.....6 Ninguno.....(10)
Tolupán.....3 Tawahka.....7 No sabe/No resp.....11
Pech (Paya)....4 Chorti.....8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí....(1) No.....2

1.10 Estudios realizados:

		Incompleta	Completa
Ninguno	1		
Primaria	2	1	(2)
Secundaria	3	1	2
Superior	4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.): Guardia de Seguridad.

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente
a) Insuficiencia Renal Tipo I — Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte: 6 días
debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último la causa básica
b) Neumonía Viral — 10 días
debido a (o como consecuencia de)
c) Sospecha COVID — 10 días
debido a (o como consecuencia de)
d)

Código de causa

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión arterial Crónica

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

BOLETA GRATUITA
gallerio.hn

INE
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

RNP
Registro Nacional de las Personas

Nº 0012388

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Este documento debe ser llenado por el médico que constató la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desglosadas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficialía Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las casillas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 N° de colegiación del médico: 10877

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad....1 Pasaporte.....2 Otro.....3
Número: 0703 1965 01581

2.3 Sexo: Hombre....1 Mujer.....2

2.4 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 55 Años Se ignora ___ 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 28 06 2020 05 30 a.m....1 p.m....2
Día Mes Año Hora Minutos

2.6 Sitio donde murió:
Establecimiento de Salud....1 Casa....2 Otro....3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito Central
Ciudad o aldea: Comayagüela
Barrio, colonia o caserío: Bo Lagranja

2.8 Causa básica de la muerte

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

28 06 2020
Día Mes Año Firma y sello

CORTE AQUI

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CORTE AQUI

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012388

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted]
Nombre (s) Primer apellido Segundo apellido

1.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad....1 Pasaporte.....2 Otro.....3
Número [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito Central
Aldea o ciudad: Tegucigalpa.
Barrio, colonia o caserío: Bo El Bosque

1.4 Sexo: Hombre....1 Mujer.....2

1.5 Fecha de nacimiento: 16 10 1965
Día Mes Año

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 55 Años Se ignora ___ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña....1 Extranjera.....2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:
Garifuna.....1 Miskito.....5 Otro.....9
Negro inglés....2 Lenca.....6 Ninguno.....10
Tolupán.....3 Tawahka.....7 No sabe/No resp.....11
Pech (Paya)....4 Chortí.....8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí....1 No.....2

1.10 Estudios realizados:

	Incompleta	Completa
Ninguno.....1		
Primaria.....2	1	2
Secundaria.....3	1	2
Superior.....4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.)
Policía

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente a) Neumonía Grave

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último la causa básica

b) Diabetes Mellitus tipo 2 — debido a (como consecuencia de)

c) Hepatitis Crónica — debido a (como consecuencia de)

d) Sospecha SARS COV2 — debido a (como consecuencia de)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Código de causa

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo.

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

BOLETA GRATUITA criterio.hn

INE Instituto Nacional de Estadística

REPUBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 1012420

Este documento debe ser llenado por el médico que constata la defunción y es entregado al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desprendidas por el Registrador Civil una vez que el interesado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficina Civil correspondiente, para su remisión al INE. Los datos en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [illegible]

1.2 Nº de colegiación del médico: [illegible]

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: Mario Daglio [illegible]

2.2 Documento de identidad:
Tarjeta de identidad...1 Pasaporte...2 Otro...3
Número: 0501-1964-00[illegible]

2.3 Sexo: Hombre...1 Mujer...2

2.4 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 54 Años Se ignora ___ 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 29 06 2020 [illegible] a.m...1 p.m...2
Día Mes Año Hora Minuto

2.6 Sitio donde murió:
Establecimiento de Salud 1 Casa 2 Otro 3

2.7 Lugar donde ocurre el fallecimiento:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito Central
Ciudad o aldea: [illegible]
Barrio, colonia o caserío: [illegible]

2.8 Causa básica de la muerte: Probable COVID 19

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

29 06 2020
Día Mes Año Firma y sello

CORTE AQUI — ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL — DOBLAR AQUI

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012420

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido:
[redacted] Primer apellido [redacted] Segundo apellido [redacted]

1.2 Documento de identidad:
Tarjeta de identidad...1 Pasaporte...2 Otro...3
Número [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito Central
Aldea o ciudad:
Barrio, colonia o caserío: [illegible]

1.4 Sexo: Hombre...1 Mujer...2

1.5 Fecha de nacimiento: 29 12 1966
Día Mes Año

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 54 Años Se ignora ___ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña...1 Extranjera...2

1.8 Grupo poblacional (etnia) a que pertenecía:
Garífuna...1 Miskita...5 Otro...9
Negro inglés...2 Lenca...6 Ninguno...10
Tolupán...3 Tawahka...7 No sabe/No resp...99
Pech...4 Chortí...8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? SI...1 No...2

1.10 Estudios realizados:

	Incompleta	Completa
Ninguno...1		
Primaria...2	1	2
Secundaria...3	1	2
Superior...4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio que ejercía: enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.: Enfermero

2. CAUSA DE LA DEFUNCION (anote una sola causa en cada renglón)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte — Código de causa

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Insuficiencia Respiratoria Aguda (debido a o como consecuencia de)

Causas antecedentes. Estados morbosos, si existen alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último la causa básica: b) Neumonía Grave (debido a o como consecuencia de)

c) Probable COVID 19 (debido a o como consecuencia de)

d)

Código de la causa básica

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: Obesidad

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

criterio.hn

IHSS

GENERALES/TRASLADOS

Nº		
	NOMBRE FALLECIDO	Catalina Annette Hurot Aguirre.
1	FECHA DE FALLECIMIENTO	[redacted]
2	HOSPITAL DONDE DE FALLECIMIENTO	H.G.E. IHSS Bº la granja
3	DEPARTAMENTO	Francisco Morazán
4	MUNICIPIO	Comayagüela
5	NOMBRE DEL CEMENTERIO	Cementerio General de Choluteca
6	VEHICULO QUE TRASLADA CUERPO	Carro funebre de la Funeraria San Miguel Arcangel
7	CONTACTO QUE ACOMPAÑA	Marcia Gustavo Membreño Hurot.
8	TELEFONO DE CONTACTO	[redacted]
	OBSERVACIONES	

criterio.hn

INE
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 1012333

Este documento debe ser llenado por el médico que constata la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se conserva de dos partes, que serán designadas por el Registrador Civil una vez que el hecho haya sido comprobado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficina Civil correspondiente, para su revisión al INE. Los costos en que incurra son exclusivos del INE.

DILIGENCIE LA ANCHO EL DIGITO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA Y ESCRIBA SOBRE LOS LEGADOS MARCADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 16921

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted] Orellana

2.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad (1) Pasaporte 2 Otro 3

Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre (1) Mujer 2

2.4 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día ____ Horas Menor de un mes ____ Días

Menor de un año ____ Meses

De un año o mayor: 70 Años Se ignora ____ 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 24 06 20 21:20 (día, mes, año, minuto) A.M. (1) P.M. (2)

2.6 Sitio donde murió: Establecimiento de Salud (1) Casa 2 Otro 3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:

Departamento: Francisco Morazán

Municipio: Tegucigalpa

Ciudad o aldea: ____

Barrio, colonia o caserío: Bº la Guama

2.8 Causa básica de la muerte: ____

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCION

24 06 20 (día, mes, año)

CORTE AQUI — ESTA CONSTANCIA DEBE ALMACENARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL — CORTE AQUI

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012333

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Primer apellido) [redacted] (Segundo apellido)

1.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad (1) Pasaporte 2 Otro 3

Número: [redacted]19

1.3 Domicilio habitual o permanente:

Departamento: Francisco Morazán

Municipio: Tegucigalpa M.D.C.

Aldea o ciudad: ____

Barrio, colonia o caserío: Bº Nueva Suyapa

1.4 Sexo: Hombre 1 Mujer 2

1.5 Fecha de nacimiento: 29 09 1949 (día, mes, año)

1.6 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día ____ Horas Menor de un mes ____ Días

Menor de un año ____ Meses

De un año o mayor: 70 Años Se ignora ____ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña 1 Extranjera 2

1.8 Grupo poblacional (étnico) al que pertenece:

Garífuna 1 Miskito 5 Otro (5)

Tawahka 6 Pech 8 Ninguno 10

Tolupán 7 Lenca 9 No sabe/No resp. 11

Pato (Rayan) 4 Chortí 4

1.9 ¿Sabe leer y escribir? Sí 1 No 2

1.10 Estudios realizados:

	Incompleto	Completo
Ninguno	1	
Primaria	1	2
Secundaria	1	2
Superior	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.): Jubilado.

2. CAUSA DE LA DEFUNCION (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte inmediatamente: 1a. Insuficiencia Respiratoria

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existen alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica:

2a. Neumonía intersticial bilateral

3a. Sospecha inicuación por (IMA) + COVI.

4a.

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Código de causa

Parte II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo.

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO →

BAJA SOLICITA BANITA
Clicerio.hn

IHSS

GENERALES/TRASLADOS

4*	NOMBRE FALLECIDO	[redacted]
1	FECHA DE FALLECIMIENTO	29/06/2020
2	HOSPITAL DONDE DE FALLECIMIENTO	Iihss la Granja
3	DEPARTAMENTO	Francisco Morazan
4	MUNICIPIO	D.C
5	NOMBRE DEL CEMENTERIO	Aldea San Juan Bosco Pespire (Cementerio Familiar)
6	VEHICULO QUE TRASLADA CUERPO	Particular
7	CONTACTO QUE ACOMPAÑA	[redacted]
8	TELEFONO DE CONTACTO	[redacted]
	OBSERVACIONES :	

criterio.hn

INE
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

RNP
Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 0012347

Este documento debe ser llenado por el médico que constató la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desglosadas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficialía Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las casillas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 N° de colegiación del médico: 15633

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad...(1) Pasaporte.....2 Otro.....3
Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre....(1) Mujer.....2

2.4 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 0 6 6 Años Se ignora ___ 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento:
2 6 | 0 6 | 2 0 2 0 | 0 0 | 5 0 | a.m...(1) p.m....2
Día Mes Año Hora Minutos

2.6 Sitio donde murió:
Establecimiento de Salud (1) Casa....2 Otro....3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:
Departamento: Francisco Morazan
Municipio: Comayagüela
Ciudad o aldea: MDC
Barrio, colonia o caserío: La Granja

2.8 Causa básica de la muerte
Insuficiencia Respiratoria tipo 1

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

2 6 | 0 6 | 2 0 2 0
Día Mes Año

120 15633

CORTE AQUI — ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL — CORTE AQUI

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012347

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido:
[redacted] (Nombre (s)) [redacted] (Primer apellido) [redacted] (Segundo apellido)

1.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad...(1) Pasaporte.....2 Otro.....3
Número [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:
Departamento: Francisco Morazan
Municipio: MDC
Aldea o ciudad:
Barrio, colonia o caserío: Colonia la Peña

1.4 Sexo: Hombre.....(1) Mujer.....2

1.5 Fecha de nacimiento:
2 2 | 0 7 | 1 9 5 3
Día Mes Año

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 0 6 6 Años Se ignora ___ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña....(1) Extranjera.....2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:
Garífuna.....1 Miskito.....5 Otro.....9
Negro inglés....2 Lenca.....6 Ninguno.....(10)
Tolupán.....3 Tawahka.....7 No sabe/No resp.....11
Pech (Paya)....4 Chortí.....8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí.....1 No.....2

1.10 Estudios realizados:

	Incompleta	Completa
Ninguno.....1		
Primaria.....2	1	(2)
Secundaria.....3	1	2
Superior.....4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.)
Jubilado

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente
a) Insuficiencia Respiratoria tipo 1
debido a (como consecuencia de)

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último la causa básica
b) Neumonia atipica
debido a (como consecuencia de)
c) Sospecha Infección por SARS-cov 2
debido a (como consecuencia de)
d)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Código de causa

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo.

Código de la causa básica

criterio.hn
BOLETA GRATUITA

INE
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

RNP
Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 1012395

Este documento debe ser llenado por el médico que constata la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desprendidas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficina Civil correspondiente para su remisión al INE. Las cruces en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA.

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del medico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 10743

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de identidad:
Tarjeta de identidad: 1 Pasaporte: 2 Otro: 3
Numero: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre: 1 Mujer: 2

2.4 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 60 Años Se ignora: 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 28 06 2020 07 40 a.m.: 1 p.m.: 2
Día Mes Año Hora Minutos

2.6 Sitio donde murió:
Establecimiento de Salud: 1 Casa: 2 Otro: 3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito Central
Ciudad o aldea: Comayagüela
Barrio, colonia o caserío: Barrio La Bonga

2.8 Causa básica de la muerte: Positivo COVID 19

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

28 06 2020
Día Mes Año

Firma y sello

CORTE AQUI — ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL — CORTE AQUI

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012395

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted]
Nombre (s) Primer apellido Segundo apellido

1.2 Documento de identidad:
Tarjeta de identidad: 1 Pasaporte: 2 Otro: 3
Numero [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito Central
Aldea o ciudad:
Barrio, colonia o caserío: Colonia Cerro Grande Sector 2

1.4 Sexo: Hombre: 1 Mujer: 2

1.5 Fecha de nacimiento: 22 11 1960
Día Mes Año

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 60 Años Se ignora: 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña: 1 Extranjera: 2

1.8 Grupo poblacional étnico al que pertenecía:
Garífuna: 1 Miskito: 5 Otro: 9
Negro inglés: 2 Lenca: 6 Ninguno: 10
Tolupán: 3 Tawahka: 7 No sabe/No resp.: 11
Pech (Paya): 4 Chortí: 8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí: 1 No: 2

1.10 Estudios realizados:

	Incompleto	Completo
Ninguno: 1		
Primaria: 2	1	2
Secundaria: 3	1	2
Superior: 4	1	2

1.11 Profesión, ocupación o oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.):
Contador

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Insuficiencia respiratoria aguda

Causas antecedentes. Estados morbosos, si existieran alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último la causa básica: b) Neumonía Grave
c) Positivo COVID 19
d)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Código de causa

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: Obesidad — Hipertensión Arterial

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

BOLETA GRATUITA
criterio.hn

INE
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

RNP
Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 0012359

Este documento debe ser llenado por el médico que constató la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desglosadas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficialía Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las casillas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 15174

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: Lorenza Andino

2.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad (1) Pasaporte ....2 Otro 3
Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre ....1 Mujer ....(2)

2.4 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ____ Horas Menor de un mes: ____ Días
Menor de un año: ____ Meses
De un año o mayor: 4 6 Años Se ignora ____ 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 2 6 0 6 2 0 2 0 (Día, Mes, Año) 1 2 4 0 (Hora, Minutos) a.m. ....1 p.m. (2)

2.6 Sitio donde murió:
Establecimiento de Salud (1) Casa ....2 Otro 3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:
Departamento: Francisco Morazan
Municipio: Distrito Central
Ciudad o aldea: Tegucigalpa
Barrio, colonia o caserío: Bo La Granja

2.8 Causa básica de la muerte: Neumonia a Grave

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

2 6 0 6 2 0 2 0 (Día, Mes, Año)

2301 1015174 COLEGIO MEDICO DE HONDURAS

CORTE AQUI — ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL — CORTE AQUI

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012359

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Primer apellido) [redacted] (Segundo apellido)

1.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad (1) Pasaporte ....2 Otro 3
Número [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:
Departamento: Choluteca
Municipio: Choluteca
Aldea o ciudad: Azacualpa
Barrio, colonia o caserío:

1.4 Sexo: Hombre ....1 Mujer ....(2)

1.5 Fecha de nacimiento: 2 2 0 7 1 9 7 4 (Día, Mes, Año)

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ____ Horas Menor de un mes: ____ Días
Menor de un año: ____ Meses
De un año o mayor: 4 5 Años Se ignora ____ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña ....1 Extranjera 2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:
Garifuna ....1 Miskito ....5 Otro 9
Negro Inglés ....2 Lenca ....6 Ninguno ....(10)
Tolupán ....3 Tawahka ....7 No sabe/No resp. 11
Pech (Paya) ....4 Chortí 8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí ....(1) No 2

1.10 Estudios realizados:

	Incompleta	Completa
Ninguno 1		
Primaria ....(2)	1	(2)
Secundaria 3	1	2
Superior 4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.)

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte — Código de causa

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente a) Neumonia Grave
debido a (como consecuencia de)

Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último lo causa básica
b) Sospecha de SARS CoV2
debido a (como consecuencia de)
c)
debido a (como consecuencia de)
d)

Código de la causa básica

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo.
Hipertension arterial Diabetes mellitus tipo 2

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO →

POLICIA GRATUITA
criterio.hn

GENERALES/TRASLADOS

Nº		
	NOMBRE FALLECIDO	[redacted]
1	FECHA DE FALLECIMIENTO	27-Junio-2014
2	HOSPITAL DONDE SE FALLECIMIENTO	H.C.E. I.H.S.S. Bº La Granja
3	DEPARTAMENTO	Francisco Morazán
4	MUNICIPIO	Comayagüela
5	NOMBRE DEL CEMENTERIO	Cementerio de Sabana Panda del Municipio de Danlí-Olda Oriental
6	VEHICULO QUE TRASLADA CUERPO	Pick up
7	CONTACTO QUE ACOMPAÑA	Marta Azucena Elvir
8	TELEFONO DE CONTACTO	[redacted]
	OBSERVACIONES	Este Cadáver será trasladado a la Aldea Oriental del Municipio de Danlí El Paraíso, al Cementerio Sabana Panda

criterio.hn

INE INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

RNP Registro Nacional de las Personas

Nº 1012336

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Este documento debe ser llenado por el médico que constata la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán designadas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficina Civil correspondiente, para su tramitar el INE. Los sellos en otro idioma son exclusivos del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LEGRAMOS RENGLONES UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completos del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 16921

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completos del fallecido: Aquilino Cabrera

2.2 Documento de identidad: Tarjeta de Identidad (1) Pasaporte ...2 Otro ...3

Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre ...1 Mujer (2)

2.4 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día ___ Horas Menor de un mes ___ Días

Menor de un año ___ Meses

De un año o mayor: 91 Años Se ignora ...9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 25 06 2010 00 35 a.m. (1) p.m. ...2

Día Mes Año Hora Minuto

2.6 Sitio donde murió: Establecimiento de Salud (1) Casa ...2 Otro ...3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:

Departamento: Francisco Morazan

Municipio: Tegucigalpa

Ciudad o aldea:

Barrio, colonia o sector: Bo. La Circeje.

2.8 Causa básica de la muerte:

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

25 06 2010

Día Mes Año

FIRMA Y SELLO

CORTE AQUI

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CORTE AQUI

Nº 0012336

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted]

Primer apellido Segundo apellido

Nombre(s)

1.2 Documento de identidad:

Tarjeta de Identidad (1) Pasaporte ...2 Otro ...3

Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:

Departamento: Francisco Morazan

Municipio: Tegucigalpa M.D.C.

Aldea o caserío:

Barrio, colonia o caserío: Bo. Navesia.

1.4 Sexo: Hombre ...1 Mujer (2)

1.5 Fecha de nacimiento: 08 01 1979

Día Mes Año

1.6 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día ___ Horas Menor de un mes ___ Días

Menor de un año ___ Meses

De un año o mayor: 91 Años Se ignora ...9

1.7 Nacionalidad: Hondureña ...1 Extranjera ...2

1.8 Grupo étnico al (etnia) al que pertenecía:

Garifuna ...5 Miskito ...6 Otro ...8

Negro (Inglés) ...2 Lenca ...0 Ninguno (10)

Tolupán ...3 Tawahka ...7 No sabe/no resp. ...11

Pech (Paya) ...4 Chorti ...8

1.9 ¿Sabe leer y escribir? Sí ...1 No ...2

1.10 Estudios realizados:

		Incompleto	Completo
Ninguno	1		
Primaria	0	0	2
Secundaria	3	1	2
Superior	4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.): Ama de casa.

2. CAUSA DE LA DEFUNCION (anote una sola causa en cada renglón)

Tiempo aproximado entre ocurrencia de enfermedad y la muerte

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte inmediatamente: a) Insuficiencia Respiratoria

Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiere alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: b) Neumonia Bilateral

c) Sospecha de infección SARS-COV2

d)

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

COPIA GRATUITA ROLANDO BATUTA criterio.hn

INE
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

RNP
Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 0012427

Este documento debe ser llenado por el médico que constató la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desglosadas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficialía Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las casillas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 12569

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad.....1 Pasaporte.....2 Otro.....3
Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre.....(1) Mujer.....2

2.4 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 0 7 2 Años Se ignora ___ 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 2 9 0 6 2 0 2 0 — 0 4 0 0 (Día Mes Año Hora Minutos) a.m....1 p.m....2

2.6 Sitio donde murió:
Establecimiento de Salud.....(1) Casa....2 Otro....3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: MDC
Ciudad o aldea: Tegucigalpa.
Barrio, colonia o caserío: Col. La Granja

2.8 Causa básica de la muerte
Neumonía grave.

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

2 9 0 6 2 0 2 0 (Día Mes Año) — Firma y sello

CORTE AQUI

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CORTE AQUI

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012427

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido:
Ramón de Jesus (Nombre (s)) — Ortiz (Primer apellido) — (Segundo apellido)

1.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad.....(1) Pasaporte.....2 Otro.....3
Número [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: MDC.
Aldea o ciudad: Tegucigalpa.
Barrio, colonia o caserío: Col. La Pradera.

1.4 Sexo: Hombre.....(1) Mujer.....2

1.5 Fecha de nacimiento: 0 8 1 1 1 9 4 8 (Día Mes Año)

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 0 7 2 Años Se ignora ___ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña.....(1) Extranjera.....2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:
Garifuna.....1 Miskito.....5 Otro.....(9)
Negro inglés....2 Lenca.....6 Ninguno.....10
Tolupán.....3 Tawahka.....7 No sabe/No resp.....11
Pech (Paya)....4 Chortí.....8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí.....(1) No.....2

1.10 Estudios realizados:

		Incompleta	Completa
Ninguno	1		
Primaria	2	(1)	2
Secundaria	3	1	2
Superior	4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.)
Jubilado

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte — Código de causa

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente a) Neumonía grave

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) Sospecha de infección por SARS COV2. (debido a (como consecuencia de))

c) Hipertensión arterial (debido a (como consecuencia de))

Código de la causa

...ados con la enfermedad o estado morboso

BOLETA GRATUITA
citierio.hn

INE

REPUBLICA DE HONDURAS

RNP Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 1012316

Este documento debe ser llenado por el médico que constató la defunción y se entregará a interesados para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Los campos de otro orden, que serán llenados por el Registrador Civil una vez que el Estado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será entregada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Dirección Civil correspondiente, para su revisión al INE. Los datos en gris son para uso exclusivo del INE.

ESCRIBAN EN LA CIRCULO EL CAMPO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBAN SOBRE LOS LUGARES DESIGNADOS (TIN GUARD LETRA MAY CLARA)

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 9709

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad ...1 Pasaporte ...2 Otro ...X

Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre ...X Mujer ...2

2.4 Edad al fallecer, si era: Menor de un día ...Horas Menor de un mes ...Días Menor de un año ...Meses De un año o mayor 80 Años Se ignora ...9

2.5 Fecha y hora de fallecimiento: 24 06 2020 03 30 a.m. X p.m. 2 (Día Mes Año Hora Minuto)

2.6 Niño donde murió: Establecimiento de Salud X Otro 1 Otro 2

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento: Departamento Francisco Morazán; Municipio Distrito Central; Ciudad o aldea Tegucigalpa; Barrio, colonia o caserío Barrio La Leona

2.8 Causa básica de la muerte: Probable Covid-19

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

24 06 2020 (Día Mes Año)

Firma y sello

TOOE149709

CORTE AQUI

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012316

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Primer apellido) [redacted] (Segundo apellido)

1.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad ...1 Pasaporte ...2 Otro ...X

Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente: Departamento Francisco Morazán; Municipio Distrito Central; Aldea o ciudad Tegucigalpa; Barrio, colonia o caserío Barrio Edén

1.4 Sexo: Hombre ...X Mujer ...2

1.5 Fecha de nacimiento: 12 12 1939 (Día Mes Año)

1.6 Edad al fallecer, si era: Menor de un día ...Horas Menor de un mes ...Días Menor de un año ...Meses De un año o mayor 80 Años Se ignora ...9

1.7 Nacionalidad: Hondureña ...X Extranjera ...2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía: Garífuna ...1 Miskito ...5 Otro ...X; Negro inglés ...2 Lenca ...6 Ninguno ...10; Tolupán ...3 Tawahka ...7 No sabe/No resp. ...11; Pech (Paya) ...4 Chorti ...8

1.9 ¿Sabe leer y escribir? Sí ...1 No ...2

1.10 Educación realizada: Ninguna ...1; Primaria ...2 (Incompleta ...1, Completa ...2); Secundaria ...3 (Incompleta ...1, Completa ...2); Superior ...4 (Incompleta ...1, Completa ...2)

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.): Jubilado

2. CAUSA DE LA DEFUNCION (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Insuficiencia Respiratoria (Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte)

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existen, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en última la causa básica:

b) Neumonía Atípica (Intervalo entre comienzo de enfermedad y la muerte)

c) Probable Covid-19 (Intervalo entre comienzo de enfermedad y la muerte)

d) (Intervalo entre comienzo de enfermedad y la muerte)

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: Diabetes Mellitus tipo 2; Insuficiencia Renal Crónica

Código de causa

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

COPIA FIEL DEL ORIGINAL
COPIA
criterio.hn

INE

REPUBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 0012353

Este documento debe ser llenado por el médico que atendió la defunción y es entregado al conyugue para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se extiende en dos partes, que serán designadas por el Registrador Civil una vez que el formato haya sido completado en la Morgue. La Constancia de Defunción será entregada en la Oficina del Registro Civil Municipal y la Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficina Civil correspondiente, para su remisión al INE. Los cuadros en gris son para uso exclusivo del INE.

RELLENAR EN UN CIRCULO EL TEXTO CORRESPONDIENTE Y AL RESPALDO O ADJUNTA SOBRE LOS CUADROS INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 13888

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad (1) Pasaporte (2) Otro (3)

Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre (1) Mujer (2)

2.4 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día ____ Horas Menor de un mes ____ Días

Menor de un año ____ Meses

De un año o mayor 43 Años Se ignora ____ (9)

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 26 06 2020 03 27 (1) a.m. (2) p.m.

Día Mes Año Hora Minutos

2.6 Este dentro o fuera del establecimiento de Salud (1) Otro (2) Otro (3)

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:

Departamento: Francisco Morazán

Municipio: M.D.C.

Ciudad o aldea: Comayagüela

Centro, clínica o hospital: H.E.S.S.

2.8 Causa básica de la muerte: Neumonía grave

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

26 06 2020

Día Mes Año

Firma y sello

COPIA ARIA — ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL — ORIGINAL

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012353

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: Lourdes Guissela (Nombre (s)) Segura (Apellido paterno) Bengtson (Apellido materno)

1.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad (1) Pasaporte (2) Otro (3)

Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:

Departamento: Francisco Morazán

Municipio: M.D.C.

Aldea o ciudad: Tegucigalpa

Barrio, colonia o sector: Col. Kennedy

1.4 Sexo: Hombre (1) Mujer (2)

1.5 Fecha de nacimiento: 13 06 1977

Día Mes Año

1.6 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día ____ Horas Menor de un mes ____ Días

Menor de un año ____ Meses

De un año o mayor 43 Años Se ignora ____ (9)

1.7 Nacionalidad: Hondureña (1) Extranjera (2)

1.8 Grupo poblacional (etnia) que pertenece:

Garifuna (1) Lenca (2) Otro (3)

Negro inglés (4) Miskito (5) Ninguno (6)

Tolupán (7) Tawahka (8) No sabe/No resp. (11)

Pech (Paya) (9) Chorti (10)

1.9 ¿Sabe leer y escribir? Sí (1) No (2)

1.10 Educación realizada:

	Incompleta	Completa
Ninguna	1	
Primaria	2	1 2
Secundaria	3	1 2
Superior	4	1 2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.): Licenciada en Educación

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (escriba una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Neumonía Grave

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existen, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último la causa básica: b) Sospecha de Covid 19

c) Lupus Eritematoso Sistemico

d) Nefropatia Crónica

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo:

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

caliente.hn

INE

Registro Nacional de las Personas

No. 004462 - 2016

CONSTANCIA DE DEFUNCIÓN

1. DATOS DEL MÉDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCIÓN

1.1 Nombres y apellidos completos del médico: [redacted]

1.2 No. de colegiación del médico: 12585

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: Pablo [illegible]

2.2 Documento de Identidad — Tarjeta de Identidad: ___ Pasaporte: ___ Otro: ___

Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre (1) Mujer: ___

2.4 Fecha y hora del fallecimiento: 26 / 06 / 2016 — Día / Mes / Año / Hora / Minuto

2.5 Lugar de la muerte: Hospital Mario Rivas, Pediatría, Emergencia, La Ceiba

2.6 Causa básica de la muerte: Insuficiencia Respiratoria

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCIÓN

26 / 06 / 2016

CONTIN AREA

ESTA CONSTANCIA DEBE ENTREGARSE DE LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

INFORME ESTADÍSTICO DE LA DEFUNCIÓN

No. 004462 - 2016

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted]

1.2 Documento de Identidad — Tarjeta de Identidad: ___ Pasaporte: ___ Otro: (3)

Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente

Departamento: ___

Municipio: ___

Aldea o ciudad: ___

Barrio, colonia o caserío: ___

1.4 Sexo: Hombre (1) Mujer: ___

1.5 Fecha de nacimiento: 16 / 06 / 1950 — Día / Mes / Año

1.6 Edad al fallecer, si es:

Menor de un día: ___ Horas — Menor de un mes: ___ Días

Menor de un año: ___ Meses

De un año o mayor: 07 10 Años — Si tiene: ___ a

1.7 Nacionalidad: Hondureña (1) Extranjera (2)

1.8 Nivel educativo al que pertenecía

Ninguno	1	Básica	5	Ciclo	(3)
Niños niñas	2	Básica	6	Ninguno	10
Jardín	3	Básica	7	No sabe/no resp	11
Pre-escolar	4	Básica	8		

1.9 Sabe leer y escribir: Sí 1 No 2

1.10 Nivel de educación alcanzado

	Aprobado	Cursado
Ninguno	1	
Primaria	2	1 2
Secundaria	3	1 2
Superior	4	1 2

1.11 Profesión, oficio o cargo que desempeñó, enfermedad, ocupación, ama de casa, etc.:

CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Anote patológico que produjo muerte directamente: a. Insuficiencia Respiratoria

Causas antecedentes, causas morbosas, si hubiera alguna, que hubiera la causa mencionada arriba, consignadas en último lugar básica: b. Neumonía Grave

c. Sospecha Infección por SARS-COV2

d. Enfermedad Renal Terminal Estadio 5

Parte II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que produjo:

Diabetes Mellitus tipo 2 ; Hipertensión Arterial Crónica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

COPIA GRATUITA
criterio.hn

INE
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 0012330

Este documento debe ser llenado por el médico que constató la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desglosadas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficialía Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las casillas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 14299

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad...(1) Pasaporte.....2 Otro.....3
Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre.....1 Mujer...(2)

2.4 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 0 6 2 Años Se ignora ___ 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 2 9 0 6 2 0 2 0 0 7 3 0 (Día, Mes, Año, Hora, Minutos) a.m....1 p.m...(2)

2.6 Sitio donde murió:
Establecimiento de Salud...(1) Casa...2 Otro...3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito central
Ciudad o aldea: Tegucigalpa
Barrio, colonia o caserío: Col. Las Acacias

2.8 Causa básica de la muerte: Insuficiencia Respiratoria

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

2 9 0 6 2 0 2 0 (Día, Mes, Año) Firma y sello

CORTE AQUI — ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL — CORTE AQUI

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012330

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted] (Nombre (s)) [redacted] (Primer apellido) [redacted] (Segundo apellido)

1.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad...(1) Pasaporte.....2 Otro.....3
Número [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito central
Aldea o ciudad: Tegucigalpa
Barrio, colonia o caserío: Col. La Granja

1.4 Sexo: Hombre.....1 Mujer...(2)

1.5 Fecha de nacimiento: 1 1 0 6 1 9 5 8 (Día, Mes, Año)

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 0 6 2 Años Se ignora ___ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña...(1) Extranjera.....2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:
Garífuna.....1 Miskito.....5 Otro.....(9)
Negro inglés....2 Lenca.....6 Ninguno.....10
Tolupán.....3 Tawahka.....7 No sabe/No resp.....11
Pech (Paya)....4 Chorti.....8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí...(1) No....2

1.10 Estudios realizados:

		Incompleta	Completa
Ninguno	1		
Primaria	2	1	(2)
Secundaria	3	1	2
Superior	4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.): Ama de casa.

2. CAUSA DE LA DEFUNCION (anote una sola causa en cada renglón)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte — Código de causa

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Insuficiencia Respiratoria.
debido a (como consecuencia de)

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último la causa básica: b) Sospecha de neumonía por sars cov 2
debido a (como consecuencia de)
c) Diabetes Mellitus tipo 2
debido a (como consecuencia de)
d) Hipertensión Arterial.

Código de la causa básica

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo.

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO →

COPIA GRATUITA
criterio.hn

INE

REPUBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 0012303

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellidos completos del médico: José [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 12998

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellidos completos del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de Identidad

Tarjeta de Identidad (1) Pasaporte 2 Otro 3

Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre 1 Mujer (2)

2.4 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día ___ Horas Menor de un mes ___ Días

Menor de un año ___ Meses

De un año o mayor 70 Años Se ignora ___ 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 23 06 2020 14:40

2.6 Sitio donde murió: Establecimiento de Salud (1)

2.7 Lugar donde murió el fallecido:

Departamento: Francisco Morazán

Municipio: Distrito Central

Ciudad o Aldea: Tegucigalpa

Barrio, colonia o caserío: Barrio La Cumbre

2.8 Causa básica de la muerte: Neumonía Grave

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

23 06 2020

Día Mes Año

CORTE AQUI

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012303

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted]

Nombre (s) Primer apellido Segundo apellido

1.2 Documento de Identidad

Tarjeta de Identidad (1) Pasaporte 2 Otro 3

Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:

Departamento: Francisco Morazán

Municipio: Distrito Central

Aldea o ciudad: Tegucigalpa

Barrio, colonia o caserío: Cd. Kennedy

1.4 Sexo: Hombre 1 Mujer (2)

1.5 Fecha de nacimiento: 06 10 1949

Día Mes Año

1.6 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día ___ Horas Menor de un mes ___ Días

Menor de un año ___ Meses

De un año o mayor 70 Años Se ignora ___ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña (1) Extranjera 2

1.8 Grupo étnico (marque) al que pertenecía

Garífuna	1	Miskito	5	Otro	9
Negro inglés	2	Lenca	6	Ninguno	10
Tawahka	3	Tolupán	7	No sabe/No responde	11
Pech (Paya)	4	Chorti	8		

1.9 ¿Sabe leer y escribir? Sí 1 No 2

1.10 Estudios realizados

	Incompleto	Completo
Ninguno 1		
Primaria 2	1	2
Secundaria 3	1	2
Superior 4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo: enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.)

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Insuficiencia Respiratoria Aguda

Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiere alguno, que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último la causa básica: b) Neumonía Grave

c) Sospecha SARS COV 2

d)

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo:

Diabetes Mellitus Tipo 2 en Estado Hiperosmolar

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

criterio.hn
COPIA
BOLETA
CONTRALORIA

INE

REPUBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 0012303

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 12998

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de identidad

Tarjeta de identidad (1) Pasaporte 2 Otro 3

Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre 1 Mujer (2)

2.4 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día ___ Horas Menor de un mes ___ Días

Menor de un año ___ Meses

De un año o mayor 70 Años Se ignora 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 23 06 2020 14:40 (PM)

2.6 Sitio donde murió: Establecimiento de Salud (1)

2.7 Lugar donde murió el fallecido:

Departamento: Francisco Morazán

Municipio: Distrito Central

Ciudad o Aldea: Tegucigalpa

Barrio, colonia o caserío: Barrio La Cruz

2.8 Causa básica de la muerte: Neumonía Grave

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

23 06 2020

Día Mes Año

CORTE AQUÍ

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012303

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted]

Nombre (s) Primer apellido Segundo apellido

1.2 Documento de identidad

Tarjeta de identidad (1) Pasaporte 2 Otro 3

Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:

Departamento: Francisco Morazán

Municipio: Distrito Central

Aldea o ciudad: Tegucigalpa

Barrio, colonia o caserío: Col. Kennedy

1.4 Sexo: Hombre 1 Mujer (2)

1.5 Fecha de nacimiento: 06 10 1949

Día Mes Año

1.6 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día ___ Horas Menor de un mes ___ Días

Menor de un año ___ Meses

De un año o mayor 70 Años Se ignora 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña (1) Extranjera 2

1.8 Grupo poblacional (étnico) al que pertenecía

Garífuna	1	Mestizo	5	Otro	(6)
Negro inglés	2	Lenca	6	Ninguno	10
Tolupán	3	Tawahka	7	No sabe/No resp.	11
Pech (Paya)	4	Chorti	8		

1.9 Sabe leer y escribir? Sí 1 No 2

1.10 Estudios realizados

	Incompleta	Completa
Ninguno 1		
Primaria 2	1	2
Secundaria 3	1	2
Superior 4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo: enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.)

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Insuficiencia Respiratoria Aguda

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiere alguno, que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último lo causa básica: b) Neumonía Grave [redacted]

c) Sospecha SARS COV 2

d)

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo:

Diabetes Mellitus Tipo 2 en Estado Hiperosmolar

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

criterio.hn
BOLETA CENTUITA

INE

REPUBLICA DE HONDURAS

RNP

Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 1012420

[redacted]

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico:

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad ... Pasaporte ... 2 Otro ... 3 [redacted]

2.3 Sexo: Hombre ... Mujer ... 2

2.4 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día ____ Horas Menor de un mes ____ Días
Menor de un año ____ Meses
De un año o mayor 54 Años Se ignora ____ 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 29 / 02 / 2020 — 9:00 Horas (a.m. 1, p.m. 2)

2.6 Sitio donde murió: Establecimiento de Salud ✓ Otro ... 2 Otro ... 3

2.7 Lugar donde ocurre el fallecimiento:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: [illegible]
Ciudad o aldea: Comayagüela
Barrio, colonia o caserío: [illegible]

2.8 Causa básica de la muerte: Probable COVID-19

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

29 / 02 / 2020 — Firma y sello

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL — CORTE AQUÍ

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012420

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted]
Primer apellido: [redacted] Segundo apellido: [redacted]

1.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad ✓ Pasaporte ... 2 Otro ... 3
Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:
Departamento: [redacted]
Municipio: [redacted]
Aldea o ciudad:
Barrio, colonia o caserío: Los Trabajadores

1.4 Sexo: Hombre ✓ Mujer ... 2

1.5 Fecha de nacimiento: 29 / 02 / 1964

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día ____ Horas Menor de un mes ____ Días
Menor de un año ____ Meses
De un año o mayor 54 Años Se ignora ____ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña ✓ Extranjera ... 2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:
Garífuna ... 1 Maya ... 5 Otro ... 9
Negro inglés ... 2 Lenca ... 6 Ninguno ... 10
Tolupán ... 3 Tawahka ... 7 No sabe/No resp. ... 99
Pech (Paya) ... 4 Chorti ... 8

1.9 ¿Sabe leer y escribir? Sí ✓ No ... 2

1.10 Niveles educativos:

		Incompleta	Completa
Ninguno	1		
Primaria	2	1	2
Secundaria	3	1	2
Superior	4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.): Ama de casa

2. CAUSA DE LA DEFUNCION (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

a) Debido a (o como consecuencia de) Insuficiencia Respiratoria Aguda

b) Debido a (o como consecuencia de) Neumonía Bilateral

c) Debido a (o como consecuencia de) Probable COVID-19

d) Debido a (o como consecuencia de)

Tiempo aproximado entre consecuencia de enfermedad y la muerte

Código de causa

Parte II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: Ninguna

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

BOLETA GRATUITA
criterio.hn

INE INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

R.N.P. Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 1012369

Este documento debe ser llenado por el médico que constató la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desglosadas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficialía Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las casillas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 01-16784

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de Identidad

Tarjeta de Identidad ... (1) Pasaporte ... 2 Otro ... 3

Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre ... (1) Mujer ... 2

2.4 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días

Menor de un año: ___ Meses

De un año o mayor: 0 6 9 Años Se ignora ___ 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento:

2 7 | 0 6 | 2 0 2 0 | 0 8 | 0 0 a.m. (1) p.m. ... 2

Día Mes Año Hora Minutos

2.6 Sitio donde murió:

Establecimiento de Salud ... (1) Casa ... 2 Otro ... 3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:

Departamento: Francisco Morazán

Municipio: Distrito Central

Ciudad o aldea: Tegucigalpa

Barrio, colonia o caserío: Barrio la Granja

2.8 Causa básica de la muerte: Insuficiencia Respiratoria

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

2 7 | 0 6 | 2 0 2 0

Día Mes Año

20121916784

CORTE AQUI — ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL — CORTE AQUI

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012369

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted] (Nombre (s)) [redacted] (Primer apellido) [redacted] (Segundo apellido)

1.2 Documento de Identidad:

Tarjeta de Identidad ... (1) Pasaporte ... 2 Otro ... 3

Número [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:

Departamento: Francisco Morazán

Municipio: Distrito Central

Aldea o ciudad: Tegucigalpa

Barrio, colonia o caserío: Colonia los torres

1.4 Sexo: Hombre ... (1) Mujer ... 2

1.5 Fecha de nacimiento: 0 4 | 0 1 | 1 9 5 1

Día Mes Año

1.6 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días

Menor de un año: ___ Meses

De un año o mayor: 0 6 4 Años Se ignora ___ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña ... (1) Extranjera ... 2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:

Garifuna ... 1 Miskito ... 5 Otro ... (9)

Negro inglés ... 2 Lenca ... 6 Ninguno ... 10

Tolupán ... 3 Tawahka ... 7 No sabe/No resp. ... 11

Pech (Paya) ... 4 Chortí ... 8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí ... (1) No ... 2

1.10 Estudios realizados:

		Incompleta	Completa
Ninguno	1		
Primaria	2	1	2
Secundaria	3	1	2
Superior	4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.)

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente a) Insuficiencia Respiratoria

debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último la causa básica

b) Neumonía Atípica

debido a (o como consecuencia de)

c) Sospecha por SARS COV

debido a (o como consecuencia de)

d)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Código de causa

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO →

BOLETA GRATUITA

GENERALES/TRASLADOS

N°		
	NOMBRE (AL FINADO)	[redacted]
1	FECHA DE FALLECIMIENTO	24/06/20
2	HOSPITAL DONDE DE FALLECIMIENTO	Hospital IHSS
3	DEPARTAMENTO	Fco Morazan
4	MUNICIPIO	Distrito Central
5	NOMBRE DEL CEMENTERIO	Jardines de Paz San Miguel Arcangel CHolteca
6	FUNERARIA QUE REALIZA EL ENTIERRO	Carro Funebre Funeraria Excelsior
7	CONTACTO QUE ACOMPAÑA	Rolmulo Alfonso Zepeda Zelaya
8	TELEFONO DE CONTACTO	[redacted]
	OBSERVACIONES	

criterio.hn

INE
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

RNP
Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 1012410

Este documento debe ser llenado por el médico que constata la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desprendidas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficina Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las casillas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 14742

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted] Sexo

2.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad ... (1) Pasaporte ... 2 Otro ... 3
Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre ... (1) Mujer ... 2

2.4 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 0 4 0 Años Se ignora ___ 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 28 06 2020 12 45 (Día Mes Año Hora Minuto) a.m. 1 p.m. (2)

2.6 Sitio donde murió:
Establecimiento de Salud (1) Casa ... 2 Otro ... 3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: MDC
Ciudad o aldea: Tegucigalpa
Barrio, colonia o caserío: Barrio la Guanaja

2.8 Causa básica de la muerte: Insuficiencia Respiratoria

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

28 06 2020 (Día Mes Año) Firma y sello

CORTE AQUI

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CORTE AQUI

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 1012410

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted] (Nombre (s)) [redacted] (Primer apellido) [redacted] (Segundo apellido)

1.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad ... (1) Pasaporte ... 2 Otro ... 3
Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: MDC
Aldea o ciudad: Tegucigalpa
Barrio, colonia o caserío: Col Popular #1

1.4 Sexo: Hombre ... (1) Mujer ... 2

1.5 Fecha de nacimiento: 25 06 2020 (Día Mes Año)

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 0 4 0 Años Se ignora ___ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña ... 1 Extranjera ... 2

1.8 Grupo poblacional (etnia) a que pertenecía:
Garífuna ... 1 Nisikto ... 5 Otro ... (9)
Negro inglés ... 2 Lenca ... 6 Ninguno ... 10
Tolupán ... 3 Tawahka ... 7 No sabe/No resp. ... 11
Pech (Paya) ... 4 Chorti ... 8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí ... (1) No ... 2

1.10 Estudios realizados:

		Incompleta	Completa
Ninguno	1		
Primaria	2	1	2
Secundaria	(3)	(1)	2
Superior	4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.): Jubilado

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte | Código de causa

Estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Insuficiencia Respiratoria
debido a (como consecuencia de):

Causas antecedentes. Estados morbosos, si existieran alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último la causa básica: b) Neumonía Bronquial
debido a (como consecuencia de): Sepsis de Herida
c) debido a (como consecuencia de): Diabetes Mellitus
d)

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo:

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

criterio.hn

IHSS

GENERALES/TRASLADOS

N°		
	NOMBRE FALLECIDO	[redacted]
1	FECHA DE FALLECIMIENTO	25/06/2020
2	HOSPITAL DONDE DE FALLECIMIENTO	IHSS la Granja
3	DEPARTAMENTO	Francisco Morazan
4	MUNICIPIO	San Francisco de Paz Olancho
5	NOMBRE DEL CEMENTERIO	General de San Francisco de la paz
6	VEHICULO QUE TRASLADA CUERPO	Carro Particular
7	CONTACTO QUE ACOMPAÑA	[redacted]
8	TELEFONO DE CONTACTO	[redacted]
	OBSERVACIONES :	

criterio.hn

INE
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

RNP
Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 0012343

Este documento debe ser llenado por el médico que constató la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desglosadas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficialía Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las casillas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del medico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 14795

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad....1 (1) Pasaporte.....2 Otro.....3
Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre....1 (1) Mujer.....2

2.4 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 01 Años Se ignora ___ 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 25 06 2020 0420 (Día Mes Año Hora Minutos) a.m....1 p.m....2 (2)

2.6 Sitio donde murió:
Establecimiento de Salud....1 (1) Casa....2 Otro....3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito Central
Ciudad o aldea: Comayagüela
Barrio, colonia o caserío: Bº La Laguna

2.8 Causa básica de la muerte: Sospecha Neumonía por Covid 19

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

25 06 2020 (Día Mes Año) Firma y sello

CORTE AQUI — ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL — CORTE AQUI

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012343

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: Gilmer Rolando (Nombre (s)) Zelaya (Primer apellido) Amador (Segundo apellido)

1.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad....1 (1) Pasaporte.....2 Otro.....3
Número 1179-1969-00075

1.3 Domicilio habitual o permanente:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito Central
Aldea o ciudad: Comayagüela
Barrio, colonia o caserío: Col. [illegible]

1.4 Sexo: Hombre....1 (1) Mujer.....2

1.5 Fecha de nacimiento: ___ ___ ___ (Día Mes Año)

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 05 Años Se ignora ___ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña....1 (1) Extranjera.....2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:
Garifuna.....1 Miskito.....5 Otro.....9
Negro inglés....2 Lenca.....6 Ninguno.....10 (10)
Tolupán.....3 Tawahka.....7 No sabe/No resp.....11
Pech (Paya)....4 Chortí.....8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí.....1 (1) No.....2

1.10 Estudios realizados:

		Incompleta	Completa
Ninguno	1		
Primaria	2 (2)	1	2
Secundaria	3	1	2
Superior	4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.): Auxiliar de seguridad

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente a) Neumonía Hospitalaria
debido a (como consecuencia de)
Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último la causa básica
b) Sospecha de Infección por Covid 19
debido a (como consecuencia de)
c) Lupus Eritematoso Sistémico
debido a (como consecuencia de)
d)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Código de causa

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

BOLETA GRATUITA
criterio.hn

INE

REPUBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 1012399

Este documento debe ser llenado por el médico que conoceres la defunción y se entregará al interesado para su tramitación en el Registro Civil Municipal. Se compone de tres partes, que serán desprendidas por el Registrador Civil una vez que se haya hecho que corresponden en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada por el oficial del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficina Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las cuentas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MAY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 0003

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad (1) Pasaporte 2 Otro 3 Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre (1) Mujer 2

2.4 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día ____ Horas Menor de un mes ____ Días
Menor de un año ____ Meses
De un año o mayor 065 Años Se ignora ____ 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 27 06 2020 1320 a.m. p.m. (1)
Día Mes Año Hora Minuto

2.6 Dio donde murió: En establecimiento de Salud (1) Otro 2 Otro 3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito Central
Ciudad o aldea: Comayagüela
Barrio, colonia o caserío: La Gloria

2.8 Causa básica de la muerte: Sospecha covid 19

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

27 06 2020
Día Mes Año

CORTE AQUI — ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL — CORTE AQUI

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012399

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]
Nombre (s) Primer apellido Segundo apellido

1.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad (1) Pasaporte 2 Otro 3 Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:
Departamento: Choluteca
Municipio: Namasigue
Aldea o ciudad: Jalaritá
Barrio, colonia o caserío:

1.4 Sexo: Hombre (1) Mujer 2

1.5 Fecha de nacimiento: 28 11 1954
Día Mes Año

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día ____ Horas Menor de un mes ____ Días
Menor de un año ____ Meses
De un año o mayor 065 Años Se ignora ____ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña (1) Extranjera 2

1.8 Grupo poblacional (étnico) al que pertenece:
Garífuna 1 Misquito 5 Otro (9)
Negro inglés 2 Lenca 6 Ninguno 10
Tolupán 3 Tawahka 7 No sabe/No resp. 11
Pech (Paya) 4 Isleño 8

1.9 ¿Sabe leer y escribir? Sí (1) No 2

1.10 Nivel educativo:

	Incompleto	Completo
Ninguno	1	
Primaria	2	1 (1)
Secundaria	3	1 2
Superior	4	1 2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermera(o), ama(o) de casa, etc.): Albañil

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Insuficiencia Respiratoria Aguda

Causas consecuencia: Estados morbosos, si existen, anotar que precedieron la causa consignada arriba, mencionándolas en orden de causa básica: b) Neumonía Grave

c) Sospecha covid 19

d)

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo:

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO →

criterio.hn

INE

REPUBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 1012287

Este documento debe ser llenado por el médico que constata la defunción y se entregará a cualquiera de los familiares para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Su contenido es confidencial y sólo puede ser disponible por el Registrador Civil o a otro que el tenga bien a bien conferirle por su especial. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y en el sistema Subsidiario de la Defunción será enviada a la Oficina Civil correspondiente para su llenado y RE. Los datos en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CUADRO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA Y ESCRIBA SOBRE LOS GUIONES INDICADOS LOS DATOS LISTAS MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombres y apellidos completos del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 7978

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombres y apellidos completos del fallecido:

2.2 Documento de identidad:

Tarjeta de identidad: X Pasaporte: ___ Otro: ___

Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre: X Mujer: ___

2.4 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días

Menor de un año: ___ Meses

De un año o mayor: 71 Años Si ignora: ___

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 26 06 2020 00 30 (Día Mes Año Hora Minutos) AM X PM

2.6 Sitio donde murió:

Establecimiento de Salud: X Otro: ___ Otro: ___

2.7 Lugar donde murió el fallecido:

Departamento: FM

Municipio: OC

Ciudad o aldea: IHSS La Cruz

Barrio, colonia o caserío: ___

2.8 Causa básica de la muerte:

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

26 06 2020

Día Mes Año

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012287

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted]

Nombre(s) Primer apellido Segundo apellido

1.2 Documento de identidad:

Tarjeta de identidad: X Pasaporte: ___ Otro: ___

Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:

Departamento: FM

Municipio: OC

Aldea o ciudad: Matea

Barrio, colonia o caserío: ___

1.4 Sexo: Hombre: X Mujer: ___

1.5 Fecha de nacimiento: 29 06 1949 (Día Mes Año)

1.6 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días

Menor de un año: ___ Meses

De un año o mayor: 71 Años Si ignora: ___

1.7 Nacionalidad: Hondureña: X Extranjera: ___

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:

Garifuna: ___ Mestizo: ___ Otro: ___

Negro inglés: ___ Lenca: ___ Ninguno: ___

Tolupán: ___ Pech: ___ No sabe/no responde: X

Pech (Paya): ___ Chorti: ___

1.9 Sabe leer y escribir: Sí: X No: ___

1.10 Educación indicada:

		Incompleta	Completa
Ninguna	1		
Primaria	2	1	X 2
Secundaria	3	1	2
Superior	4	1	2

1.11 Profesión, desempeño u oficio (por ejemplo, enfermero(a), obstetra(o), ama de casa): Jubilado

2. CAUSA DE LA DEFUNCION (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Insuficiencia respiratoria

Causas antecedentes, si existen mencionar, de existir, el estado morboso que produjo la causa consignada arriba mencionada en último lugar la causa básica: b) COVID 19 c) d)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Código de causa

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO →

criterio.hn

INE Instituto Nacional de Estadística

REPUBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 0012308

Este documento debe ser llenado por el médico que constate la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. No contiene datos de los padres, los cuales deberán ser proporcionados por el Registrador Civil en el momento que el interesado lleva una constancia de defunción para proceder a su inscripción en el RC. Los datos en gris están para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES REDACTADOS ATENDIENDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 10507

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad (1) Pasaporte ..... 2 Otro 3

Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre (1) Mujer 2

2.4 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día ____ Horas Menor de un mes ____ Días

Menor de un año ____ Meses

De un año o mayor 0.73 Años Se ignora ____ 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 23 06 20 20 21 14 (Día Mes Año Hora Minutos) AM ..1 PM ..2

2.6 Sitio donde murió: Establecimiento de Salud (1) Casa ..2 Otro ..3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:

Departamento: FM

Municipio: MDC

Ciudad o aldea: Tegucigalpa

Barrio, colonia o caserío: B. Kennedy

2.8 Causa básica de la muerte: Neumonía Grave

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

23 06 2020

Día Mes Año

SELLO Y FIRMA

CORTE AQUI — ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL — CONTRAGUARDA

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012308

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted]

Nombre(s) Primer apellido Segundo apellido

1.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad (1) Pasaporte ..... 2 Otro 3

Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:

Departamento: FM

Municipio: MDC

Aldea o ciudad: Tegucigalpa

Barrio, colonia o caserío: C. Kennedy

1.4 Sexo: Hombre (1) Mujer 2

1.5 Fecha de nacimiento: 05 08 1946 (Día Mes Año)

1.6 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día ____ Horas Menor de un mes ____ Días

Menor de un año ____ Meses

De un año o mayor 0.73 Años Se ignora ____ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña (1) Extranjera 2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:

Garifuna ..... 1 Miskito ..... 5 Otro 9

Negro inglés ..... 2 Lenca ..... 6 Ninguno 10

Tolupán ..... 3 Tawahka ..... 7 No sabe/No resp. 11

Pech (Paya) ..... 4 Chorti 8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí ..... (1) No 2

1.10 Estudios realizados:

		Incompleta	Completa
Ninguno	1		
Primaria	2	1	2
Secundaria	3	1	2
Superior	4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.): Jubilado

2. CAUSA DE LA DEFUNCION (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Sindrome Distrés Respiratorio Agudo severo

(estado a causa del cual sobrevino el inmediato)

Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: b) Insuficiencia Respiratoria tipo I

(estado a cuyo consecuencia sobrevino el inmediato)

c) Neumonía Atípica (probable COVID-19)

(estado a cuyo consecuencia sobrevino el b)

d)

Código de causa

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: HTA Cardiopatía Isquémica

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO →

INE — Instituto Nacional de Estadística

REPUBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 0012308

[illegible]

ESCRIBA EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION	2.5 Fecha y hora del fallecimiento
1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]	23 06 2020 21 14 (Día / Mes / Año / Hora / Minutos) pm
1.2 Nº de colegiación del médico: 10507	2.6 Sitio donde murió: Establecimiento de Salud (1) Casa 2 Otro 3
2. DATOS DEL FALLECIDO	2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:
2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [illegible] Oviedo	Departamento: FM
2.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad (1) Pasaporte 2 Otro 3	Municipio: MDC
Nº [redacted]	Ciudad o aldea: Tegucigalpa
	Barrio, colonia o caserío: [illegible]
2.3 Sexo: Hombre (1) Mujer 2	2.8 Causa básica de la muerte: Neumonía Grave
2.4 Edad al fallecer, si era:	**3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION**
Menor de un día ___ Horas; Menor de un mes ___ Días	
Menor de un año ___ Meses	23 06 2020 (Día / Mes / Año)
De un año o mayor 0 7 3 Años; Se ignora 9	

CORTE AQUI — ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL — CORTE AQUI

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012308

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted] Oviedo

Nombre (s) / Primer apellido / Segundo apellido

1.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad (1) Pasaporte 2 Otro 3	1.7 Nacionalidad: Hondureña (1) Extranjera 2
Número: [redacted]	1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía: Garífuna 1; Miskito 5; Otro (9); Negro inglés 2; Lenca 6; Ninguno 10; Tolupán 3; Tawahka 7; No sabe/no resp. 11; Pech (Paya) 4; Chortí 8
1.3 Domicilio habitual o permanente: Departamento: FM; Municipio: MDC; Aldea o ciudad: Tegucigalpa; Barrio, colonia o caserío: [illegible]	1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí (1) No 2
1.4 Sexo: Hombre (1) Mujer 2	1.10 Estudios realizados (Incompleta / Completa): Ninguno 1; Primaria 2 — 1 — 2; Secundaria 3 — 1 — (2); Superior 4 — 1 — 2
1.5 Fecha de nacimiento: 05 08 1946 (Día / Mes / Año)	
1.6 Edad al fallecer, si era: Menor de un día ___ Horas; Menor de un mes ___ Días; Menor de un año ___ Meses; De un año o mayor 0 7 3 Años; Se ignora 9	1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.): Jubilado

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I — Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte — Código de causa

Estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Síndrome Distrés Respiratorio Agudo Severo

debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último la causa básica: b) Insuficiencia Respiratoria tipo I

debido a (o como consecuencia de)

c) Neumonía Atípica (probable covid-19)

debido a (o como consecuencia de)

d)

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: HTA — Cardiopatía Isquémica

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

BOLETA GRATUITA
criterio.hn

INE
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

RNP
Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 1012306

Este documento sólo tal llenado por el médico que constata la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Es competencia de dicha jefatura, que sólo designadas por el Registrador Civil así recibirá el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina de Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficina Civil correspondiente, para su remisión al INE. Los usuarios no pueden ser responsables del INE.

INSCRIBIR EN LA CASILLA O EL CÍRCULO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LAS LÍNEAS PUNTEADAS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA.

1. DATOS DEL MÉDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 10621

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de identidad:
Tarjeta de identidad X 1 Pasaporte ... 2 Otro ... 3
Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre X 1 Mujer ... 2

2.4 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día ... Horas Menor de un mes ... Días
Menor de un año ... Meses
De un año o mayor 70 Años Se ignora ... 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 23 06 2020 06 10 a.m. ... 1 p.m. X 2
Día Mes Año Hora Minutos

2.6 Sitio donde murió:
Establecimiento de Salud X 1 Casa ... 2 Otro ... 3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito Central
Ciudad o aldea: Tegucigalpa
Barrio, colonia o caserío: U. Brasil

2.8 Causa básica de la muerte: Neumonía por SARS COV 2

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

23 06 2020
Día Mes Año Firma y sello

ESTA CONSTANCIA DEBE INSCRIBIRSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CORTE AQUÍ

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012306

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted]
Nombre(s) Primer apellido Segundo apellido

1.2 Documento de identidad:
Tarjeta de identidad X 1 Pasaporte ... 2 Otro ... 3
Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito Central
Aldea o ciudad: Tegucigalpa
Barrio, colonia o caserío: Mejías Fuallos

1.4 Sexo: Hombre X 1 Mujer ... 2

1.5 Fecha de nacimiento: 06 05 1950
Día Mes Año

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día ... Horas Menor de un mes ... Días
Menor de un año ... Meses
De un año o mayor 70 Años Se ignora ... 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña X 1 Extranjera ... 2

1.8 Grupo poblacional (etnia) a que pertenecía:
Garífuna ... 1 Miskito ... 5 Otro X 9
Negro inglés ... 2 Lenca ... 6 Ninguno ... 10
Tolupán ... 3 Tawahka ... 7 No sabe/No resp. ... 11
Pech (Paya) ... 4 Chorti ... 8

1.9 ¿Sabe leer y escribir? Sí X 1 No ... 2

1.10 Estudios realizados:

	Incompleta	Completa
Ninguno ... 1		
Primaria ... 2	1	2
Secundaria ... 3	1	2
Superior ... 4	1 X	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio que ejercía: enfermera(o), abogado(a), ama de casa, etc.:
Farmacologo Retirado

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte inmediatamente: a) Insuficiencia Respiratoria
(Anotar a continuación la causa que originó el estado patológico del inciso a)

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existieron alguno, que produjeron la muerte consignada en el inciso anterior, mencionándose en último lugar la causa básica:
b) Neumonía por SARS COV 2
(Anotar a continuación la causa que originó el estado patológico del inciso b)
c)
(Anotar a continuación la causa que originó el estado patológico del inciso c)
d)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Código de causa

Parte II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado mórbido que la produjo:

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO →

PRUEBA BOLETA GRATUITA

INE
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

REPÚBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 1012306

Este documento sólo lo llenará por el médico que constata la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Su original de dos partes, que este desprendible y el Registrador Civil sólo recogerá el formato hoja vez completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la Oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficina Civil correspondiente, para su remisión al INE. Los cuadros en gris son para uso exclusivo del INE.

ESCRIBAN EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBAN DENTRO DE LOS CUADROS MÁS ABAJO UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MÉDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 10621

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de identidad:
Tarjeta de Identidad X 1 Pasaporte 2 Otro 3
Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre X 1 Mujer 2

2.4 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día ____ Horas Menor de un mes ____ Días
Menor de un año ____ Meses
De un año o mayor 7 0 Años Se ignora 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 2 3 0 6 2 0 2 0 0 6 1 0 a.m. 1 p.m. 2
Día Mes Año Hora Minutos

2.6 Sitio donde murió:
Establecimiento de Salud X 1 Otro 2 Otro 3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito Central
Ciudad o aldea: Tegucigalpa
Barrio, colonia o caserío: U. Brisas

2.8 Causa básica de la muerte: Neumonía por SARS COV 2

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

2 3 0 6 2 0 2 0
Día Mes Año Firma y sello

CORTE AQUÍ

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CORTE AQUÍ

INFORME ESTADÍSTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012306

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted]
Nombre (s) Primer apellido Segundo apellido

1.2 Documento de identidad:
Tarjeta de Identidad X 1 Pasaporte 2 Otro 3
Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:
Departamento: [redacted]
Municipio: Distrito Central
Aldea o ciudad: Tegucigalpa
Barrio, colonia o caserío: [redacted]

1.4 Sexo: Hombre X 1 Mujer 2

1.5 Fecha de nacimiento: 0 6 0 5 1 9 5 0
Día Mes Año

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día ____ Horas Menor de un mes ____ Días
Menor de un año ____ Meses
De un año o mayor 7 0 Años Se ignora 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña X 1 Extranjera 2

1.8 Grupo poblacional (etnia) a que pertenecía:
Garífuna 1 Miskito 5 Otro X 9
Negro inglés 2 Lenca 6 Ninguno 10
Tolupán 3 Tawahka 7 No sabe/No resp. 11
Pech (Paya) 4 Chorti 8

1.9 ¿Sabe leer y escribir? Sí X 1 No 2

1.10 Estudios realizados:
Ninguno 1
Primaria 2 Incompleta 1 Completa 2
Secundaria 3 Incompleta 1 Completa 2
Superior 4 Incompleta 1 X Completa 2

1.11 Profesión, desempeñó u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.): Microbiólogo Retirado

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (escriba una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte inmediatamente: a) Insuficiencia Respiratoria
Causas antecedentes. Enfermedades, si existieren, que produjeron la causa consignada arriba. Anotar en orden cronológico en último lugar la causa básica: b) Neumonía por SARS COV 2
c)
d)

Intervalo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Código de causa

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo.

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Copia fiel.hn

INE INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 1012290

Este documento debe ser llenado por el médico que constata la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán diligenciadas por el Registrador Civil una vez que el formato haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficina Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las casillas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES MARCADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 15774

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad (1) Pasaporte ...2 Otro ...3
Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre (1) Mujer ...2

2.4 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 79 Años Se ignora ___ 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 23 06 2020 (Día Mes Año) Hora 53 Minutos 0 a.m. (1) p.m. ...2

2.6 Sitio donde murió:
Establecimiento de Salud (1) Casa ...2 Otro ...3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito Central
Ciudad o aldea: Tegucigalpa
Barrio, colonia o caserío: Bº La Granja

2.8 Causa básica de la muerte: Neumonía intersticial bilateral

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

23 06 2020 (Día Mes Año)

Firma y Sello
Colegio Médico de Honduras
Colegiado 23011995174
CORTE

CORTE AQUÍ — ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 1012290

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted]
Nombre (s) — Primer apellido: [redacted] — Segundo apellido: [redacted]

1.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad (1) Pasaporte ...2 Otro ...3
Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito Central
Aldea o ciudad: Comayagüela
Barrio, colonia o caserío: Col. Prados del Rosario

1.4 Sexo: Hombre (1) Mujer ...2

1.5 Fecha de nacimiento: 06 08 1940 (Día Mes Año)

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 79 Años Se ignora ___ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña ...1 Extranjera ...2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:
Garífuna ...1 Miskito ...5 Otro ...9
Negro inglés ...2 Lenca ...6 Ninguno (10)
Tolupán ...3 Tawahka ...7 No sabe/No resp. ...11
Pech (Paya) ...4 Chorti ...8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí ...1 No ...2

1.10 Estudios realizados:

		Incompleta	Completa
Ninguno	1		
Primaria	(2)	1	(2)
Secundaria	3	1	
Superior	4	1	

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.)

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente a) Neumonía intersticial bilateral
debido a (como consecuencia de)

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica

b) Infección SARS COV 2
debido a (como consecuencia de)

c)
debido a (como consecuencia de)

d)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Código de la causa

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo:

Hipertensión arterial

Código de la causa

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

criterio.hn
BOLETA GRATUITA

INE

REPÚBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCIÓN

Nº 1012357

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

BOLETA GRATUITA

INFORME ESTADÍSTICO DE LA DEFUNCIÓN

Nº 1012357

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente

Departamento

Municipio: Distrito Central

Aldea o ciudad: Tamaragüeta

Barrio, colonia o caserío: El porvenir

1.4 Sexo: Hombre (1) Mujer 2

1.5 Fecha de nacimiento: 03 10 1973 (Día Mes Año)

1.6 Edad al fallecer: o año

Menos de un día ____ Horas

Menos de un año ____ Meses

Menos de un mes ____ Días

Un año o mayor: 0 8 6 Años

Sin datos ____

1.7 Nacionalidad: Hondureña 1 Extranjera 2

1.8 Grupo étnico: Garífuna 1 Lenca 2 Otro (9) Ninguno 10 No consta/No sabe 11

1.9 Nivel educativo: Ninguno 1 Básica 2 Media 3 Superior 4 No consta 5

1.10 Ocupación: Ama de casa 1 Empleado 2 Independiente 3 Jubilado 4 Desocupado 5 Estudiante 6 No consta 7

1.11 Profesión, oficio o cargo ejercido, enfermedad o ocupación, antes de cada día: ____

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente: Insuficiencia respiratoria

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existen, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: Neumonía bilateral

Neumonía bilateral

Probable Covid-19

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la ocasionó: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Asma bronquial

Para uso exclusivo del INE

VUELE AL DORSO

criterio.hn

INE
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 1012325

Este documento debe ser llenado por el médico que constata la defunción y no entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal, de conformidad con la ley, sino que lo entregará por el Registrador Civil una vez que el Verificador haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción que entregará en la oficina del Registro Civil Municipal, y el Informe Estadístico de la Defunción que le entregará a la Oficina Civil correspondiente, serán su verificador de INE. Con ellos usted obtendrá del INE.

Escribir en LETRA DE IMPRENTA EL TEXTO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 8969

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 [redacted]

2.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad (1) Pasaporte ...2 Otro ...3

Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre (1) Mujer ...2

2.4 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día ..... Horas Menor de un mes ..... Días

Menor de un año ..... Meses

De un año o mayor: 99 Años Se ignora 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 24 (Día) 06 (Mes) 05 (Año) 00 (Hora) 00 (Minutos) a.m. (1) p.m. (2)

2.6 Sitio donde murió: Establecimiento de Salud (1) Casa ...2 Otro ...3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:

Departamento: Francisco Morazán

Municipio: Distrito Central

Ciudad o aldea: Comayagüela

Dirección exacta o sitio: La Bonita

2.8 Causa básica de la muerte: Neumonía Intersticial bilateral

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

24 (Día) 06 (Mes) 20 20 (Año)

23 JUN 2020

Firma del Médico

CONTINUA

ESTA CONSTANCIA DEBE INFORMARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CONTINUA

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012325

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted]

Nombre(s) Primer apellido Segundo apellido

1.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad (1) Pasaporte ...2 Otro ...3

Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente: [redacted]

Departamento: [redacted]

Municipio: Distrito Central

Aldea o ciudad: Tegucigalpa

Barrio, colonia o caserío: Col. Nueva Esperanza

1.4 Sexo: Hombre (1) Mujer ...2

1.5 Fecha de nacimiento: 24 (Día) 07 (Mes) 1940 (Año)

1.6 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día ..... Horas Menor de un mes ..... Días

Menor de un año ..... Meses

De un año o mayor: 99 Años Se ignora 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña (1) Extranjera ...2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:

Garífuna ...1 Miskito ...5 Otro ...9

Negro inglés ...2 Lenca ...6 Ninguno ...10

Pulpero ...3 Tawahka ...7 No sabe/No resp. ...11

Pech (Paya) ...4 Chorti ...8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí ...1 No ...2

1.10 Estudios realizados:

	Incompleta	Completa
Ninguno	0	
Primaria	1	2
Secundaria	1	2
Superior	1	2

1.11 Profesión, desempeño u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.): [redacted]

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Neumonía Intersticial bilateral

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existen alguno, que produjeron la causal consignada arriba. Anote cronológicamente en línea la causa básica: b) Insuficiencia Respiratoria Aguda c) Hipoxemia severa d)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Código de causa

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que lo produjo: Diabetes Mellitus

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

criterio.hn

INE
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 0012397

Este documento debe ser llenado por el médico que constató la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desglosadas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficialía Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las casillas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 N° de colegiación del médico: 14742

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 28 06 2020 (Día, Mes, Año) 03 30 (Hora, Minutos) a.m....1 p.m....2

2.6 Sitio donde murió: Establecimiento de Salud (1) Casa....2 Otro....3

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de Identidad: Tarjeta de Identidad....(1) Pasaporte....2 Otro....3

Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre....(1) Mujer....2

2.4 Edad al fallecer, si era: Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días Menor de un año: ___ Meses De un año o mayor: 095 Años Se ignora ___ 9

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento: Departamento: Francisco Morazán; Municipio: MDC; Ciudad o aldea: Tegucigalpa; Barrio, colonia o caserío: Barrio la Granja

2.8 Causa básica de la muerte: Insuficiencia Respiratoria

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

28 06 2020 (Día, Mes, Año)

CORTE AQUI — ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL — CORTE AQUI

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012397

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Primer apellido) [redacted] (Segundo apellido)

1.2 Documento de Identidad: Tarjeta de Identidad....(1) Pasaporte....2 Otro....3

Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente: Departamento: Francisco Morazán; Municipio: MDC; Aldea o ciudad: Tegucigalpa; Barrio, colonia o caserío: Barrio la Bogarka

1.4 Sexo: Hombre....(1) Mujer....2

1.5 Fecha de nacimiento: 13 01 1925 (Día, Mes, Año)

1.6 Edad al fallecer, si era: Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días Menor de un año: ___ Meses De un año o mayor: 095 Años Se ignora ___ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña....1 Extranjera....2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía: Garifuna....1 Miskito....5 Otro....(9) Negro inglés....2 Lenca....6 Ninguno....10 Tolupán....3 Tawahka....7 No sabe/No resp....11 Pech (Paya)....4 Chorti....8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí....(1) No....2

1.10 Estudios realizados:

	Incompleta	Completa
Ninguno....1		
Primaria....(2)	1	(2)
Secundaria....3	1	2
Superior....4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.): Jubilada

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente a) Insuficiencia Respiratoria

debido a (como consecuencia de)

Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último la causa básica b) Neumonía Bilateral

debido a (como consecuencia de)

c) Sospecha SARS COV2

debido a (como consecuencia de)

d)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Código de causa

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo.

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

BOLETA GRATUITA

INE

REPUBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 1012313

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: _____

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: _____

2.2 Documento de identidad:

Tarjeta de identidad ..... 1 Pasaporte ..... 2 Otro 3

Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre ..... 1 Mujer 2

2.4 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día _____ Horas Menor de un mes _____ Días

Menor de un año _____ Meses

De un año o mayor _____ Años No ignora _____ 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: Día Mes Año Hora A.M. ..... 1 P.M. 2

2.6 Sitio donde murió:

Establecimiento de Salud ..... 1 Casa ..... 2 Otro 3

2.7 Lugar donde ocurre el fallecimiento:

Departamento: _____

Municipio: _____

Ciudad o aldea: _____

Barrio, colonia o caserío: _____

2.8 Causa básica de la muerte: _____

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

Día Mes Año Firma y sello

CONT. AD/D

ESTA CONSTANCIA DEBE ENTREGARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CONT. A/M

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012313

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido:

[redacted] [redacted]

Nombre(s) Primer apellido Segundo apellido

1.2 Documento de identidad:

Tarjeta de identidad ..... 1 Pasaporte ..... 2 Otro 3

Número: _____

1.3 Domicilio habitual o permanente:

Departamento: _____

Municipio: _____

Aldea o ciudad: _____

Barrio, colonia o caserío: _____

1.4 Sexo: Hombre ..... 1 Mujer 2

1.5 Fecha de nacimiento: Día Mes Año

1.6 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día _____ Horas Menor de un mes _____ Días

Menor de un año _____ Meses

De un año o mayor _____ Años No ignora _____ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña ..... 1 Extranjera 2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:

Garífuna ..... 1 Misquito ..... 5 Otro 9

Negro inglés ..... 2 Lenca ..... 6 Ninguno 10

Tolupán ..... 3 Tawahka ..... 7 No sabe/No resp. 11

Pech (Paya) ..... 4 Chorti 8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí ..... 1 No 2

1.10 Estudios realizados:

	Incompleta	Completa
Ninguno 1		
Primaria 2	1	2
Secundaria 3	1	2
Superior 4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), albañil(a), ama de casa, etc.): _____

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente: a) _____ Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte: _____

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existen alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en última la causa básica: b) _____

c) _____

d) _____

Parte II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: _____

Código de causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO →

BOLETA GRATUITA
cronio.hn

INE INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

RNP Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 0012320

Este documento debe ser llenado por el médico que constata la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que están diagramadas por el Registrador Civil ante vez que el interesado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la Oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficina Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las copias en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCERRAR EN UN CIRCULO EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MÉDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 10621

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 24 06 2020 03 55 a.m.-1 p.m.-2 (Día Mes Año Hora Minutos)

2.6 Sitio donde murió: Establecimiento de Salud X.1 Casa ...2 Otro ...3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento: Departamento: Francisco Morazán; Municipio: Distrito Central; Ciudad o aldea: Tegucigalpa; Barrio, colonia o caserío: La Granja

2.8 Causa básica de la muerte: Neumonía Grave

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted] 074

2.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad X.1 Pasaporte ...2 Otro ...3

Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre X.1 Mujer ...2

2.4 Edad al fallecer, si era: Menor de un día ___ Horas; Menor de un mes ___ Días; Menor de un año ___ Meses; De un año o mayor 63 Años; Se ignora ...9

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

24 06 2020 (Día Mes Año)

Firma y sello

CORTE AQUÍ — ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL — CORTE AQUÍ

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012320

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombre y apellidos completos del fallecido: [redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Primer apellido) (Segundo apellido)

1.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad X.1 Pasaporte ...2 Otro ...3

Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente: Departamento: Choluteca; Municipio: Choluteca; Aldea o ciudad: ___; Barrio, colonia o caserío: Mercado Viejo

1.4 Sexo: Hombre X.1 Mujer ...2

1.5 Fecha de nacimiento: 02 03 1956 (Día Mes Año)

1.6 Edad al fallecer, si era: Menor de un día ___ Horas; Menor de un mes ___ Días; Menor de un año ___ Meses; De un año o mayor 63 Años; Se ignora ...9

1.7 Nacionalidad: Hondureña X.1 Extranjera ...2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía: Garífuna ...1; Miskito ...5; Otro ...9; Negro inglés ...2; Lenca ...6; Ninguno ...10; Tolupán ...3; Tawahka ...7; No sabe/No resp. ...11; Pech (Paya) ...4; Chortí ...8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí ...1 No ...2

1.10 Estudios realizados: Ninguno ...1; Primaria ...2 (Incompleta 1, Completa 2); Secundaria ...3 (Incompleta 1, Completa 2); Superior ...4 (Incompleta 1, Completa 2)

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.): Campesino

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Insuficiencia Respiratoria

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existen alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: b) Neumonía Grave; c) Sospecha SARS-COV2; d)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Código de causa

Parte II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: No Sospecha crónica

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO →

INE
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

Nº 0012422

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Este documento debe ser llenado por el médico que constató la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desglosadas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficialía Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las casillas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 N° de colegiación del médico: 9003

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad...(1) Pasaporte.....2 Otro.....3
Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre.....1 Mujer...(2)

2.4 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 082 Años Se ignora ___ 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 29 06 2020 03 45 a.m...(1) p.m...2
Día Mes Año Hora Minutos

2.6 Sitio donde murió:
Establecimiento de Salud...(1) Casa...2 Otro...3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:
Departamento: Francisco Morazan
Municipio: MDC
Ciudad o aldea: Comayuela
Barrio, colonia o caserío: La Corona

2.8 Causa básica de la muerte
Neumonia atipica sospecha COVID-19

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

29 06 2020
Día Mes Año Firma y sello

CORTE AQUI — ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL — CORTE AQUI

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012422

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido:
[redacted] Nombre (s) — [redacted] Primer apellido — Segundo apellido

1.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad...(1) Pasaporte.....2 Otro.....3
Número [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:
Departamento: Francisco Morazan
Municipio: MDC
Aldea o ciudad: Comayuela
Barrio, colonia o caserío: Col 3 Mayo

1.4 Sexo: Hombre.....1 Mujer...(2)

1.5 Fecha de nacimiento: 14 01 1938
Día Mes Año

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 082 Años Se ignora ___ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña...(1) Extranjera.....2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:
Garifuna.....1 Miskito.....5 Otro.....9
Negro inglés...2 Lenca.....6 Ninguno.....(10)
Tolupán.....3 Tawahka.....7 No sabe/No resp.....11
Pech (Paya)...4 Chortí.....8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí.....1 No.....2

1.10 Estudios realizados:

	Incompleta	Completa
Ninguno.....1		
Primaria.....2	1	2
Secundaria.....3	1	2
Superior.....4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.)
Ama de casa

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente
a) Neumonia Atipica sospecha COVID19
debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último la causa básica
b) Artritis Reumatoide
debido a (o como consecuencia de)
c)
debido a (o como consecuencia de)
d)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Código de causa

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO →

criterio.hn
COPIA BOLETA GRATUITA

INE HONDURAS

GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA INE

RNP

Registro Nacional de las Personas

No. 061495

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Este documento debe ser llenado por el médico que constató la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desglosadas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficialía Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las casillas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA.

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 N° de colegiación del médico: 9303

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: Miguel Angel Orellana Salgado

2.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad...(1) Pasaporte.....2 Otro.....3
Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre...(1) Mujer.....2

2.4 Fecha y hora del fallecimiento:
a.m...(1) p.m....2

Día	Mes	Año	Hora	Minutos
25	06	2020	08	20

2.5 Sitio donde murió:
Establecimiento de Salud..(1) Casa ...2 Otro....3

2.6 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito Central
Ciudad o aldea: Tegucigalpa
Barrio, colonia o caserío: Res. Suyapita

2.7 Causa básica de la muerte: Insuficiencia respiratoria aguda

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

Día	Mes	Año
25	06	2020

CORTE AQUI

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CORTE AQUI

No. 061495

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido:
[redacted] (Nombre(s)) [redacted] (Primer apellido) [redacted] (Segundo apellido)

1.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad...(1) Pasaporte.....2 Otro.....3
Número [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito Central
Aldea o ciudad: Tegucigalpa
Barrio, colonia o caserío: Brisas del Norte

1.4 Sexo: Hombre...(1) Mujer.....2

1.5 Fecha de nacimiento:

Día	Mes	Año
15	06	1980

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 40 Años Se ignora ___ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña...(1) Extranjera.....2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:
Garífuna.....1 Miskito.....5 Otro.....(9)
Negro Inglés....2 Lenca.....6 Ninguno.....10
Tolupán.....3 Tawahka.....7 No sabe/No resp....11
Pech (Paya)....4 Chortí.....8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí.....1 No.....(2)

1.10 Estudios realizados:

		INCOMPLETA	COMPLETA
Ninguno	(1)		
Primaria	2	1	2
Secundaria	3	1	2
Superior	4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.)

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Insuficiencia respiratoria aguda
debido a (como consecuencia de):

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica:
b) Neumonía atípica
debido a (como consecuencia de):
c) Probable COVID-19
debido a (como consecuencia de):
d)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Código de causa

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: Síndrome de Down, Insuficiencia cardiaca congestiva

Código de la causa básica

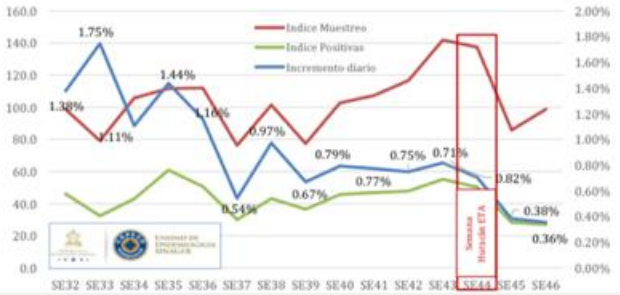
Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

Scanned with CamScanner

En comparación con las semanas anteriores (42 - 44) durante las SE45 y la SE46 la SESAL ha reportado en promedio un 35% menos de pruebas realizadas de RT-PCR COVID 19 y se han reportado un 44.5% menos casos COVID-19.

Gráfico No. 1.- HONDURAS UE SINAGER. Comportamiento semanal del índice de muestreo, de muestras positivas y el incremento diario de casos COVID 19, por semanas epidemiológicas.



Consecuentemente, todas las tasas e indicadores de seguimiento del COVID 19 han sido afectadas mostrando una aparente disminución que pudiera ser inconsistente con la realidad pandémica. (Gráfico No. 1)

Lo anterior sucede mientras por los medios de comunicación se filtra que en clínicas y centros de triaje, donde se están realizando pruebas rápidas, se reporta una alta positividad de las mismas.

Adjuntamos mapas de SE45 y SE46 los cuales se construyeron con los reportes de la SESAL que no nos permite estar seguros de la veracidad del dato. (Ilustración No. 1 y Tabla No. 1)

En éste escenario se alerta sobre el incremento real de pacientes hospitalizados por COVID-19. (Gráfico No. 2)

Se adjunta mapa generado por la Unidad de Vigilancia de la Salud de la SESAL y publicado en su Boletín COVID-19 del 15 de noviembre 2020, en el cual se muestran las tasas de morbilidad acumulada por departamentos.

El boletín diario de la Dirección General de Servicios del Segundo Nivel de Atención SESAL reporta para el 16 de noviembre una ocupación de camas COVID-19 de un 28%.

criterio.hn

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA SINAGER

BOLETÍN SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 46

Se han incorporado datos de la ponencia "Producción de Centros de Triaje por Semana". Dra, Yolani Batres, 13 de noviembre 2020, compartido a la Mesa Multisectorial COVID-19. Según el documento anterior podemos concluir que una gran cantidad de información de los centros de triaje, información vital y necesaria para un análisis exhaustivo que ha estado disponible pero no ha sido publicada por la SESAL. (Tabla No. 2)

Solo en el Distrito Central en el SE 45, 713 pacientes atendidos en los centros de triaje resultaron positivos(as) a la prueba rápida de diagnóstico a que fueron sometidos. (Gráfico No. 4)

Otro particular de interés, Mortalidad Hospitalaria por COVID-19, ha sido revelada por la misma fuente (muertes hospitalarias en el Segundo Nivel de Atención) mostrándonos datos alarmantes de decesos de "casos sospechosos" en el Distrito Central, esto significaría 3,054 muertes más, no contabilizadas desde el inicio de la Pandemia. (Gráfico No. 3)

ERILE
STERIL
STERIL
X EXAMINATION GLOVES
FLEXIBLE MAXIMUM COMFORT

INE
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 1012385

Este documento debe ser llenado por el medico que constata la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desprendidas por el Registrador Civil una vez que el formato haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficina Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las cuentas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del medico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 14702

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de identidad:
Tarjeta de Identidad ..... 1 Pasaporte ..... 2 Otro 3
Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre ..... 1 Mujer 2

2.4 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ____ Horas Menor de un mes: ____ Días
Menor de un año: ____ Meses
De un año o mayor: 68 Años Se ignora 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 27 06 2020 21 00 (Día Mes Año Horas Minutos) a.m. 1 p.m. 2

2.6 Sitio donde murió:
Establecimiento de Salud ..... 1 Casa ..... 2 Otro 3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:
Departamento: Francisco Morazán
Municipio: Distrito Central
Ciudad o aldea: Comayagüela
Barrio, colonia o caserío: La Germia

2.8 Causa básica de la muerte: Sospecha COVID-19

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

27 06 2020 (Día Mes Año)

Firma y sello

CORTE AQUI

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

SOBRE AQUI

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012385

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted] [redacted] [redacted]
Nombre (s) Primer apellido Segundo apellido

1.2 Documento de identidad:
Tarjeta de identidad ..... 1 Pasaporte ..... 2 Otro 3
Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:
Departamento: Choluteca
Municipio: Choluteca
Aldea o ciudad: Buenos Aires
Barrio, colonia o caserío:

1.4 Sexo: Hombre ..... 1 Mujer 2

1.5 Fecha de nacimiento: 04 03 1952 (Día Mes Año)

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ____ Horas Menor de un mes: ____ Días
Menor de un año: ____ Meses
De un año o mayor: 68 Años Se ignora 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña ..... 1 Extranjera 2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:
Garifuna ..... 1 Miskito ..... 5 Otro 9
Negro inglés ..... 3 Lenca ..... 6 Ninguno 10
Tolupán ..... 4 Tawahka ..... 7 No sabe/No resp. 11
Pech (Paya) ..... 8 Chortí 8

1.9 Sabe leer y escribir? Sí ..... 1 No 2

1.10 Estudios realizados:

		Incompleta	Completa
Ninguno	1		
Primaria	2	1	2
Secundaria	3	1	2
Superior	4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.):

2. CAUSA DE LA DEFUNCION (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Insuficiencia Respiratoria tipo 1 — debido a (o como consecuencia de)

Causas antecedentes: Estados morbosos, si, existiera alguno, que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica:
b) Neumonía Grave — debido a (o como consecuencia de)
c) Sospecha COVID-19 — debido a (o como consecuencia de)
d)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Código de causa

Código de la causa básica

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo:

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

PRUEBA
PRUEBA
PRUEBA
PRUEBA
criterio.hn

GENERALES/TRASLADOS

N°	NOMBRE (FALLECIDO)	[redacted]
1	FECHA DE FALLECIMIENTO	21/06/20
2	HOSPITAL (LUGAR DE FALLECIMIENTO)	Hospital IHSS
3	DEPARTAMENTO	F.M. Morazán
4	MUNICIPIO	Distrito Central
5	NOMBRE DEL CEMENTERIO	Cementerio Municipal en Monjarás-Choluteca
6	VEHÍCULO QUE TRASLADA CUERPO	particular pick-up Nissan Navara color Negro
7	CONTACTO QUE ACOMPAÑA	Fernando Alejandro Larios S
8	TELÉFONO DE CONTACTO	[redacted]
	OBSERVACIONES:	

INE INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

RNP Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 1012391

Este documento debe ser llenado por el médico que constata la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Se compone de dos partes, que serán desglosadas por el Registrador Civil una vez que el llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será archivada en la oficina del Registro Civil Municipal y el Informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficina Civil correspondiente, para su remisión al INE. Las casillas en gris son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CÍRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 14702

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: [redacted]

2.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad ... (1) Pasaporte ... 2 Otro ... 3
Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre ... 1 Mujer ... (2)

2.4 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 76 Años Se ignora ___ 9

2.5 Fecha y hora de fallecimiento: 28 06 2020 05 40 (Día Mes Año Hora Minutos) a.m. (1) p.m. 2

2.6 Sitio donde murió:
Establecimiento de Salud (1) Casa 2 Otro 3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:
Departamento: Francisco Morazan
Municipio: Distrito Central
Ciudad o aldea: Comayagüela
Barrio, colonia o caserío: La Granja

2.8 Causa básica de la muerte: Sospecha COVID-19

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

28 06 2020 (Día Mes Año)

CMH 0801-1974-14702

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CORTE AQUÍ

CORTE AQUÍ

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012391

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted] (Nombre (s)) [redacted] (Primer apellido) [redacted] (Segundo apellido)

1.2 Documento de Identidad:
Tarjeta de Identidad ... (1) Pasaporte ... 2 Otro ... 3
Número: [redacted]

1.3 Domicilio habitual o permanente:
Departamento: Francisco Morazan
Municipio: Distrito Central
Aldea o ciudad: Comayagüela
Barrio, colonia o caserío: Blvd. Del Campo

1.4 Sexo: Hombre ... 1 Mujer ... 2

1.5 Fecha de nacimiento: 30 05 1944 (Día Mes Año)

1.6 Edad al fallecer, si era:
Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días
Menor de un año: ___ Meses
De un año o mayor: 76 Años Se ignora ___ 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña ... (1) Extranjera ... 2

1.8 Grupo poblacional (etnia) al que pertenecía:
Garífuna ... 1 Miskito ... 5 Otro ... (6)
Negro inglés ... 2 Lenca ... 6 Ninguno ... 10
Tolupán ... 3 Tawahka ... 7 No sabe/No resp. ... 11
Pech (Paya) ... 4 Chorti ... 8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí ... 1 No ... 2

1.10 Estudios realizados:

		Incompleta	Completa
Ninguno	1		
Primaria	2	1	2
Secundaria	3	1	2
Superior	4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.)

2. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN (anote una sola causa en cada renglón)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte — Código de causa

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Insuficiencia Respiratoria Aguda (debido a o como consecuencia de)

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existen alguno, que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último la causa básica: b) Neumonía Grave (debido a o como consecuencia de) c) Sospecha COVID-19 (debido a o como consecuencia de) d)

Código de la causa básica

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: Hipertensión Arterial

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

criterio.hn

No.	NOMBRE FALLECIDO	FECHA DE FALLECIMIENTO	HOSPITAL DONDE SE FALLE	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	NOMBRE DEL CEMENTERIO	VEHÍCULO QUE TRASLADA	CONTACTO QUE ACOMPAÑ	TELEFONO DE CONTACTO			OBSERVACIONES

INE INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

REPUBLICA DE HONDURAS

RNP Registro Nacional de las Personas

CONSTANCIA DE DEFUNCION

Nº 1013415

Este documento debe ser llenado por el médico que atendió la defunción y se entregará al interesado para su inscripción en el Registro Civil Municipal. Su contenido de dos partes, que serán designadas por el Registrador Civil una vez que se llenado haya sido completado en su totalidad. La Constancia de Defunción será entregada en la oficina del Registro Civil Municipal y el informe Estadístico de la Defunción será enviado a la Oficina Civil correspondiente, para su remisión al INE. Los resultados en que son para uso exclusivo del INE.

ENCIERRE EN UN CIRCULO EL CODIGO CORRESPONDIENTE A SU RESPUESTA O ESCRIBA SOBRE LOS LUGARES INDICADOS UTILIZANDO LETRA MUY CLARA

1. DATOS DEL MEDICO QUE CONSTATA LA DEFUNCION

1.1 Nombre y apellido completo del médico: [redacted]

1.2 Nº de colegiación del médico: 10743

2. DATOS DEL FALLECIDO

2.1 Nombre y apellido completo del fallecido: Carlene Annette Hurtado Aguirre

2.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad: X Pasaporte: 2 Otro: 3

Número: [redacted]

2.3 Sexo: Hombre: 1 Mujer: X

2.4 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días

Menor de un año: ___ Meses

De un año o mayor: 61 Años Se ignora: 9

2.5 Fecha y hora del fallecimiento: 28 05 2020 21 10 a.m. X p.m. 2

Día Mes Año Hora Minuto

2.6 Sitio donde murió:

Establecimiento de Salud: X Otro: 2 Otro: 3

2.7 Lugar donde ocurrió el fallecimiento:

Departamento: Francisco Morazán

Municipio: Distrito Central

Ciudad o Aldea: Comayagüela

Barrio, colonia o caserío: Bella Vista

2.8 Causa básica de la muerte: Probable COVID-19

3. FECHA, FIRMA Y SELLO DE QUIEN CONSTATA LA DEFUNCION

28 05 2020

Día Mes Año Firma y sello

ESTA CONSTANCIA DEBE ARCHIVARSE EN LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL MUNICIPAL

CORTE AQUÍ

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION

Nº 0012415

1. DATOS DEL FALLECIDO

1.1 Nombres y apellidos completos del fallecido: [redacted]

Nombre (s) Primer apellido Segundo apellido

1.2 Documento de identidad: Tarjeta de identidad: X Pasaporte: 2 Otro: 3

Número: [redacted] 05677

1.3 Domicilio habitual o permanente:

Departamento: Olancho

Municipio: Olanchito

Aldea o ciudad:

Barrio, colonia o caserío: Bo. El Kempel

1.4 Sexo: Hombre: 1 Mujer: X

1.5 Fecha de nacimiento: 10 01 1951

Día Mes Año

1.6 Edad al fallecer, si era:

Menor de un día: ___ Horas Menor de un mes: ___ Días

Menor de un año: ___ Meses

De un año o mayor: 61 Años Se ignora: 9

1.7 Nacionalidad: Hondureña: X Extranjera: 2

1.8 Grupo población (etnia) al que pertenecía:

Garífuna: Mestizo: 5 Otro: 9

Negro inglés: Lenca: 6 Ninguno: 10

Tolupán: 3 Tawahka: 7 No sabe/No resp.: 11

Pech (Paya): 4 Chorti: 8

1.9 ¿Sabía leer y escribir? Sí: X No: 2

1.10 Estudios realizados:

	Incompleta	Completa
Ninguno: 1		
Primaria: 2	1	2
Secundaria: 3	1	2
Superior: 4	1	2

1.11 Profesión, ocupación u oficio (por ejemplo, enfermero(a), abogado(a), ama de casa, etc.): Medico

2. CAUSA DE LA DEFUNCION (anote una sola causa en cada renglón)

Parte I

Estado patológico que produjo la muerte directamente: a) Insuficiencia respiratoria aguda

Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno, que produjera la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica: b) Neumonía Grave

c) Probable COVID-19

d)

Tiempo aproximado entre comienzo de enfermedad y la muerte

Código de causa

Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo: Diabetes Mellitus tipo 2

Obesidad

Código de la causa básica

Para uso exclusivo del INE

SIGUE AL DORSO

criterio.hn

Ficha de

IHSS

GENERALES/TRASLADOS

N°		
	NOMBRE FALLECIDO	[redacted]
1	FECHA DE FALLECIMIENTO	26/06/2020
2	HOSPITAL DONDE DE FALLECIMIENTO	IHSS la Granja
3	DEPARTAMENTO	Francisco Morazan
4	MUNICIPIO	La Venta de Sur
5	NOMBRE DEL CEMENTERIO	General de la Venta
6	VEHICULO QUE TRASLADA CUERPO	Carro particular
7	CONTACTO QUE ACOMPAÑA	[redacted]
8	TELEFONO DE CONTACTO	[redacted]
	OBSERVACIONES :	

criterio.hn

Municipio MDC

Aldea o ciudad Comayagüela

Barrio, colonia o caserío 6013 MOND

1.4 Sexo: Hombre.....1 Mujer.....(2)

1.5 Fecha de nacimiento: 14 (Día) 01 (Mes) 1938 (Año)

1.6 Edad al fallecer, si era:

Menor de

IHSS

GENERALES/TRASLADOS

N°	NOMBRE FALLECIDO	[redacted]
1	FECHA DE FALLECIMIENTO	29/06/2020
2	HOSPITAL DONDE DE FALLECIMIENTO	IHSS La Granja
3	DEPARTAMENTO	Francisco Morazan
4	MUNICIPIO	D.C
5	NOMBRE DEL CEMENTERIO	General de San Buenaventura
6	VEHICULO QUE TRASLADA CUERPO	Particular
7	CONTACTO QUE ACOMPAÑA	[redacted]
8	TELEFONO DE CONTACTO	[redacted]
	OBSERVACIONES :	

criterio.hn