

---

# Certificado de Defunción Electrónico

## Guía Rápida

---

## para Usuarios del Sector Salud

Sistema de Estadísticas Vitales, Vacunas, Embarazo y Niñez - SEVEN

Versión: 1.1 – Febrero de 2016.

Tema	Página
1 - Introducción	3
1.1.Funcionalidades generales disponibles	3
2 - Procedimiento general de uso	6
3 - Solicitud de acceso al sistema	8
Ingresar al sistema	11
• Acceder Menú general	13
Crear Certificado	14
• Seleccionar franja etaria	14
• Ingreso de datos patronímicos	15
• Identificación y datos personales del fallecido	15
• Residencia habitual del fallecido	19
• Lugar de la defunción	21
• Confirmar datos y guardar	22
Búsqueda de Certificados	23
Ingresar Información Médica	26
Impresión Certificado Defunción Resumido	33
Enmienda de Certificados	35

## 1.1. Funcionalidades generales disponibles.

- Usuarios de Empresas Fúnebres podrán acceder al Sistema para:
  - **Iniciar** Certificados de Defunción registrando Datos Patronímicos.
  - **Buscar y continuar** Certificados de Defunción que han sido creados por prestadores de Salud.
  - **Modificar ciertos datos patronímicos** incluso cuando el certificado haya sido firmado por el médico siempre y cuando no haya sido inscripto en la Dirección General del Registro del Estado Civil .
  - **Imprimir** el Certificado de Defunción Resumido, debiendo incorporar **el sello de su empresa y firma** para poder inscribirlo. Anteriormente el sello y la firma de dicho certificado, era potestad exclusiva de los Prestadores de Salud./Médicos.

**Nota:** Los Certificados de Defunción que han sido “creados / modificados” por una empresa Fúnebre, no podrán ser consultados, ni modificados por otra empresa del mismo rubro.

## 1.1. Funcionalidades generales disponibles.

A continuación se muestran las diferentes acciones que cada usuario del Sistema tendrá según el rol que desempeñe.

Las acciones son 9 y están listadas en las filas. Por ej: Iniciar un Certificado es la primera acción de la lista.

Los roles posibles son 3, están registrados en las columnas y son: Admisiones, Empresas Fúnebres y Médicos.

Como puede observarse los médicos pueden realizar las 9 acciones. Sin embargo las Admisiones y Empresas Fúnebres podrán realizar solo las acciones que están resaltadas en **color rojo**.

	Etapas	Admisión	E. Fúnebres	Médicos	Plazo
1	<b>Iniciar Certificado</b>	x	x	x	
2	<b>Completar Datos Patronímicos</b>	x	x	x	
3	<b>Corregir Datos Patronímicos</b>	x	x	x	
4	Completar Datos Clínicos			x	
5	Corregir Datos Clínicos			x	
6	Firmar			x	
7	<b>Corregir determinados Datos Patronímicos</b>	x	x	x	Previo inscripción en DGREC.
8	Corregir determinados Datos Clínicos			x	15 meses
9	<b>Imprimir, firmar y sellar Certificado de Defunción Resumido</b>	x	x	x	

## 1.1. Funcionalidades generales disponibles.

Certificado de Defunción posee datos de carácter:

### PATRÓNIMICO

- Identificación del Fallecido.
- Residencia del Fallecido.
- Lugar de la Defunción.

Podrán ser  
completados  
por:

Médicos

Personal de Admisiones

Empresas Fúnebres

### CLÍNICO

- De carácter puramente clínico vinculados al contexto y a las causas de la defunción.

Médicos

Los datos Clínicos, **sólo** serán completados por **Médicos**.

### Usuarios No Médicos

Estas son las acciones que podrán cumplir los usuarios No médicos del Sistema.



### Usuarios Médicos

Estas son las acciones que podrán cumplir los usuarios Médicos del Sistema.



Usuarios Médicos pueden hacer todo el proceso, siendo de su exclusiva responsabilidad el punto 5.

Los puntos 6 y 7 pueden ser realizados por Admisiones y Empresas Fúnebres.

**La solicitud de Acceso al Sistema se realiza a:  
Mesa de Servicios del MSP. - Teléfono 1934 interno 3230.  
Correo Electrónico: [mesadeayuda@msp.gub.uy](mailto:mesadeayuda@msp.gub.uy)**

Los Usuarios que ya utilizaban el Sistema de Certificado de Defunción Electrónico (usando un correo individual) podrán acceder al nuevo Sistema sin inconvenientes.

Los usuarios que usaban **correos institucionales genéricos** deberán **volver a registrarse** en el Nuevo Sistema, siguiendo el procedimiento de nuevos Usuarios.

### Acceso para nuevos Usuarios Médicos:

Si Ud. **es médico** y aun no se encuentra registrado en el Sistema de Defunción electrónico (antiguo o nuevo) **por favor comunicarse con la Mesa de Servicio a la brevedad.**

Se les solicitara identificación autenticada (CI o el Carné de Médico con el número de CJP).

La mencionada documentación se podrá enviar a la Mesa de Servicios mediante:

- Correo Electrónico - escaneada: [mesadeayuda@msp.gub.uy](mailto:mesadeayuda@msp.gub.uy)
- Mediante envío por foto al número móvil (098421346).

Nuevos Usuarios con perfiles de: Directores Técnicos y Usuarios de Admisión:

Deberán solicitar usuario en su Institución.

- Un Referente designado ante el Sistema de cada Institución envía planilla con la solicitud de Usuarios a la Mesa de Servicios del MSP ([mesadeayuda@msp.gub.uy](mailto:mesadeayuda@msp.gub.uy)).
- La planilla consta de la siguiente información:
  - Nombres y Apellidos
  - Cédula de Identidad
  - Correo Electrónico personal ( puede ser de la institución pero debe ser individual, dado que allí se enviará la contraseña, con la cual deberá autenticarse en el Sistema).
  - Teléfono móvil de contacto.
  - Perfil que se solicita: (Admisión, Director Técnico).

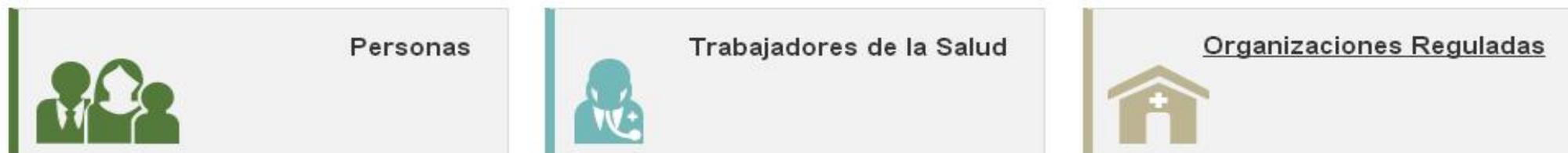
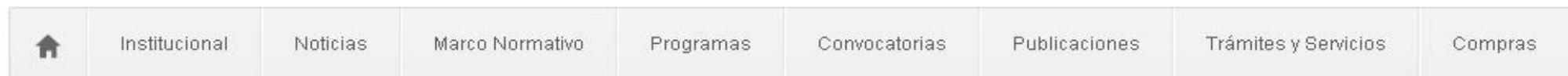
Se ingresará al Sistema a través de la página web del MSP, dónde a la brevedad figurará un enlace, indicando el Certificado de Defunción.

The screenshot shows the website's navigation bar with the following items: [Inicio](#), [Institucional](#), [Noticias](#), [Marco Normativo](#), **Programas**, [Convocatorias](#), [Publicaciones](#), [Trámites y Servicios](#), and [Compras](#). The 'Programas' dropdown menu is open, listing: Ciclos de Vida, Enfermedades Crónica Prevalentes, Promoción de la Salud y Determinantes Sociales, Salud Ambiental y Ocupacional, Acceso a Sistemas, [Programa de Acceso a Sistemas \(Programas\)](#), and Histórico/Archivo. Below the navigation bar, there are sections for 'Personas' and 'Organizaciones Reguladas'. On the left, a sidebar lists: Dirección General de Secretaría, Dirección General de Salud, Dirección General del Sistema Nacional Integrado de Salud, and Junta Nacional de Salud. A central image shows a man's face. On the right, there are banners for 'ATUSERVICIO.UY' and 'Notificación de Eventos Obligatorios Aquí'. A text overlay at the bottom right reads: 'realizando para el retorno a los hogares.' and 'aysandú: conformes se viene'.

Se ingresará al Sistema a través de la página web del MSP, dónde a la brevedad figurará un enlace, indicando el acceso al Certificado de Defunción.

 [Iniciar Sesión](#) | [Datos Abiertos](#) | [Mapa del Sitio](#) | [Contáctenos](#) | [Últimas Novedades](#) | [Buzón de Sugerencias](#) | [Correo Interno](#)

14/01/2016

**MSP convoca acuerdo interinstitucional por Leishmaniasis**

1 2 3 4

⏪ Atrás || Pausar Adelante ⏩



## 4. Ingresar al Sistema.

Sistema Central de Autenticación

**País** **1**

URUGUAY

**Tipo documento** **2**

CÉDULA DE IDENTIDAD

**Número de documento\*** **3**

**Contraseña\*** **4**

**5** INICIAR SESIÓN

[Restablecer contraseña](#)

Para ingresar al sistema escribirá su N° de CI y la contraseña que Mesa de Servicios del MSP le suministrara una vez que se registre en el Sistema

Número de documento sin puntos ni guión.

La nueva contraseña será enviada a su correo electrónico.

SEVEN - Seleccionar Sistema

**6**

Certificado de Defunción

Volver

Usuarios del Sistema anterior, mantienen usuarios y contraseñas, salvo excepciones. Ante cualquier dificultad comunicarse con Mesa de Servicios.

## 4.1 Acceder Menú General



Menú Principal



Inicio / ESTABLECIMIENTO B1 / Certificado de Defunción

Bienvenido: UY-CI-12345673

Perfil ▾



Inicio / ESTABLECIMIENTO B1 / Certificado de Defunción



Seleccionar la acción que necesite realizar.

Podrá crear un certificado nuevo o bien consultar y completar uno ya generado por una empresa Fúnebre o Admisión de Centro de Salud.

### Seleccionar Franja Etaria

Si elige CREAR un CD nuevo, seleccionará el grupo etario al que pertenece el fallecido.

Certificado ▾

Seleccionar franja

Ingrese la franja etaria para el ingreso de certificado

Seleccionar...  
Seleccionar...  
FETAL  
0 a 6 días  
7 a 27 días  
28 a 364 días  
1 año y más

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
Version: v.0.0.1 - test  
18 de Julio 1892. CP 11200

Ingrese la franja etaria para el ingreso de certificado

Seleccionar...

Seleccionar...

FETAL

0 a 6 días

7 a 27 días

28 a 364 días

1 año y más

# Identificación y Datos personales del Fallecido

... y completará todos los datos que se le requieren en pantalla.

Detalle certificado

Identificación y datos personales del fallecido

1 2 3

País emisor  Tipo de Documento  N° de Documento

Primer nombre  Segundo nombre

Primer apellido  Segundo apellido

Nombre en documento  Observaciones en documento

Sexo \*  Fecha de nacimiento

Edad en años al fallecer

Nacionalidad  Credencial

Institución a la que pertenecía

¿Viv...  
Etnia  
País  
¿Cu...  
Acti

Detalle certificado

Identificación y datos personales del fallecido

País emisor

1

Tipo de Documento

2

N° de Documento

3

## Identificación y Datos personales del Fallecido

Detalle certificado

► Identificación y datos personales del fallecido **4**

País emisor  Tipo de Documento  N° de Documento

Primer nombre  Segundo nombre

Primer apellido  Segundo apellido

Nombre en documento  Observaciones en documento  **5**

Sexo \*  Fecha de nacimiento

Edad en años al fallecer

Nacionalidad  Credencial

Institución a la que pertenecía

¿Vivía en pareja? \*  Estado Civil \*

Etnia \*

País de nacimiento  Departamento de nacimiento  Localidad de nacimiento

¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado? \*  Ocupación \*

Actividad principal

4) Al Ingresar el Número de Cédula de Identidad el Sistema consulta la Base de DNIC y devuelve los siguientes datos:

- Primer Nombre, Segundo Nombre
- Primer Apellido, Segundo Apellido
- Nombre en Documento
- Sexo
- Fecha de Nacimiento

5) Si hubiere diferencias entre la información que proporciona DNIC y la información que se tiene, se debe registrar en el campo observaciones.

Observaciones en documento

## Identificación y Datos personales del Fallecido

**Nota:** Datos en \* son obligatorios para poder guardar.

Edad en años al fallecer

Credencial

Institución a la que pertenecía \*

¿Vivía en pareja? \*

Etnia \*

País de nacimiento

¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado? \*

Actividad principal

Estado Civil \*

Departamento de nacimiento

Localidad de nacimiento

Ocupación \*

Edad en años al fallecer

Credencial

Institución a la que pertenecía \*

¿Vivía en pareja? \*

Etnia \*

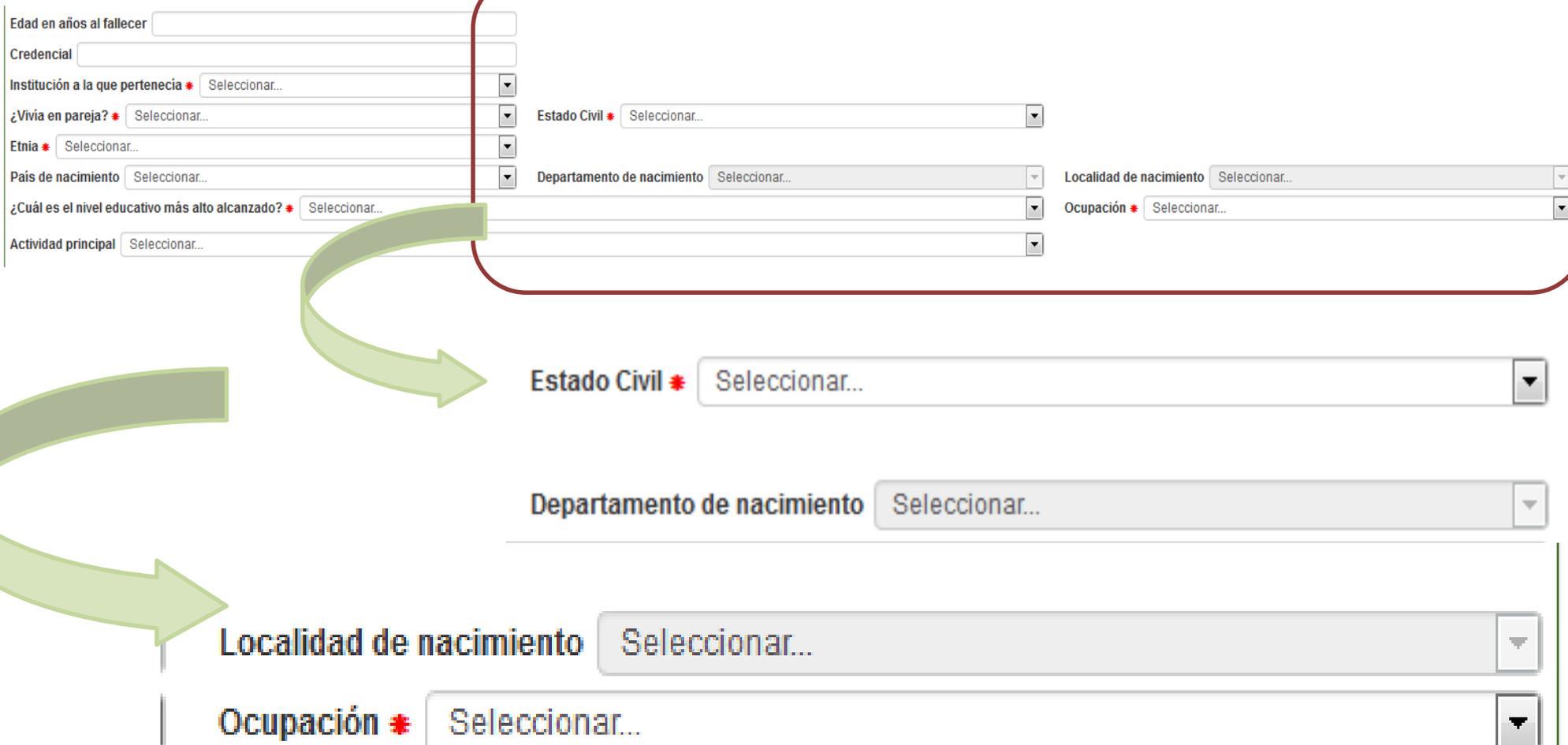
País de nacimiento

¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado? \*

Actividad principal

# Identificación y Datos personales del Fallecido

... y completará todos los datos que se le requieren en pantalla.



Edad en años al fallecer

Credencial

Institución a la que pertenecía \*

¿Vivía en pareja? \*

Etnia \*

País de nacimiento

¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado? \*

Actividad principal

Estado Civil \*

Departamento de nacimiento

Localidad de nacimiento

Ocupación \*

Estado Civil \*

Departamento de nacimiento

Localidad de nacimiento

Ocupación \*

## Residencia habitual del Fallecido

... y completará todos los datos que se le requieren en pantalla.

Residencia habitual del fallecido

Situación de calle \* Selecc...

País de residencia \* Selecc... Departamento de residencia Selecc... Localidad de residencia Selecc...

Tipo de dirección Selecc... Calle Ingrese una calle

Número de puerta Letra de la Puerta Apartamento Ruta Km

Entre Ingrese una calle Y Ingrese una calle

Manzana Solar Barrio Zona Selecc...

► Residencia habitual del fallecido

Situación de calle \* Selecc...

País de residencia \* Selecc...

Tipo de dirección Selecc...

Número de puerta Letra de la Puerta

Entre Ingrese una calle

Manzana Solar

## Residencia habitual del Fallecido

Residencia habitual del fallecido

Situación de calle \* Seleccionar...

Pais de residencia \* Seleccionar... Departamento de residencia Seleccionar... Localidad de residencia Seleccionar...

Tipo de dirección Seleccionar... Calle Ingrese una calle

Número de puerta Letra de la Puerta Departamento Ruta Km

Entre Ingrese una calle Ingrese una calle

Manzana Solar Barrio Zona Seleccionar...

Residencia habitual del fallecido

Situación de calle \* No

Pais de residencia \* URUGUAY Localidad de residencia Seleccionar...

Tipo de dirección CALLE Calle \* ramon

Número de puerta Letra de la Puerta

Entre Ingrese una calle Y Ingrese

Manzana Solar

- AGUIRRE, RAMON
- ALVAREZ RAMON
- ALVAREZ, RAMON
- ANADOR DR. RAMON**
- AYALA, RAMON

## Lugar de la Defunción

► Lugar de defunción

Lugar de ocurrencia \*  Institución

Establecimiento  Otro

País de ocurrencia \*  Departamento de ocurrencia  Localidad de ocurrencia

Tipo de dirección  Calle

Número de puerta  Letra de la Puerta  Apartamento  Ruta  Km

Entre  Y

Manzana  Solar  Barrio  Zona

Habilitación Dinámica de campos en función de la selección del **Lugar de Ocurrencia**.

Ej. Si ocurrió en **"Domicilio"**, se inhabilitan los campos de Establecimiento e Institución.

► Lugar de defunción

Lugar de ocurrencia \*  Institución

Establecimiento  Otro

País de ocurrencia \*  Departamento de ocurrencia

Tipo de dirección  Calle

Número de puerta  Letra de la Puerta  Apartamento  Ruta

Entre  Y

Manzana  Solar  Barrio  Zona

... y completará todos los datos que se le requieren en pantalla.

## Confirmar Datos Guardar y Firmar

Muertos después de nacer	<input type="text"/>	Abortos	<input type="text"/>	Embarazo controlado	Seleccionar. ▼	Edad gestacional en la 1ª consulta	<input type="text"/>
Consultas prenatales:		1º trim	<input type="text"/>	2º trim	<input type="text"/>	3º trim	<input type="text"/>
Anomalías fetales	Seleccionar... ▼						
Tipo de parto	Seleccionar... ▼						
Duración estimada del embarazo (semanas)	<input type="text"/>						
Multiplicidad del embarazo	NO	Peso al nacer(gramos)		<input type="text" value="3000"/>			

### – Llenar únicamente en caso de muerte por motivos externos (sólo con fines estadísticos)

¿La defunción se debió a Motivos Externos? \*  ▼

### – Intervenciones quirúrgicas

¿Se realizó una cirugía?

¿Solicitó autopsia Clínica?

### – Código tipo de enfermedad ●

- Código B Cólera, Tuberculosis, Hepatitis A, HIV y SIDA
- Código C Hepatitis B o C y Hepatitis no-A no-C, Encefalitis Creutzfeldt-Jakob (ECJ), Enfermedad por meningococo, Encefalitis por arbovirus, Fiebres Hemorrágicas
- Código A Todas las otras, no contenidas en B ó en C

Cancelar **Guardar** Firmar

## 4.1 Acceder Menú General



Certificado ▾

Consultar

Crear

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
Version: v.0.0.1 - test  
18 de Julio 1892. CP 11200

Bienvenido: UY-CI-12345673

Perfil ▾

Inicio / ESTABLECIMIENTO B1 / Certificado de Defunción

Bienvenido: UY-CI-12345673

Perfil ▾

Inicio / ESTABLECIMIENTO B1 / Certificado de Defunción

Certificado ▾

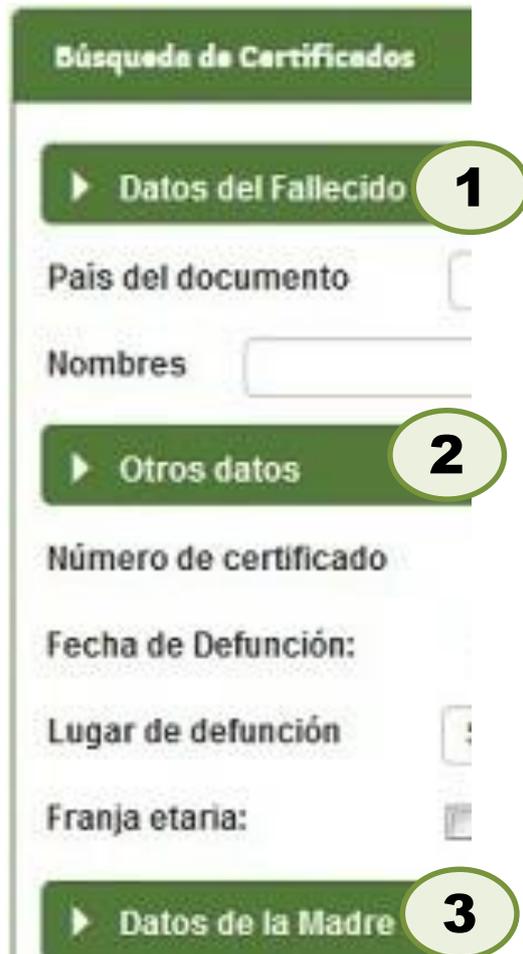
Consultar

Crear

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
Version: v.0.0.1 - test  
18 de Julio 1892. CP 11200

SI SELECCIONA **CONSULTAR** PODRA BUSCAR UN CERTIFICADO YA GENERADO POR EMPRESA FUNEBRE O ADMISION Y COMPLETARLO

La búsqueda de Certificados para firmar se puede obtener de los siguientes campos:



**Búsqueda de Certificados**

▶ **Datos del Fallecido** **1**

País del documento

Nombres

▶ **Otros datos** **2**

Número de certificado

Fecha de Defunción:

Lugar de defunción

Franja etaria:

▶ **Datos de la Madre** **3**

- País de documento
- Tipo de Documento
- N° de Documento
- Nombres y Apellidos
  
- Número de Certificado
- Fecha de Defunción – Desde y hasta
- Lugar de Defunción: Institución – Establecimiento
- Franja Etaria: Fetal, Neonatal Precoz, Neonatal. Tardío, Postneonatal, Mayor
  
- País de documento
- Tipo de Documento
- N° de Documento
- Nombres y Apellidos

Mostrando 1 a 13 de 13 filas

Número del CD	Documento	Nombre del fallecido	Fecha de Defunción	Lugar de defunción	Franja etaria	Estado del CDE	Ver
10	UY-CI-14754580	MIGUEL PRIMAPELLIDOdeMIGUEL SEGAPELLIDODEMIGUEL	29/10/2015	Domicilio	Un año o más	Firmado	
9	UY-CI-10665804	JUAN - PRIMAPELLIDOdeJUAN SEGAPELLIDODEJUAN	29/10/2015	Casa de Salud/Asilo	Un año o más	Firmado	
8	UY-CI-10405802	VICENTE PRIMAPELLIDOdeVICENTE SEGAPELLIDODEVICENTE	09/01/2015	Domicilio	Un año o más	Firmado	
7	UY-CI-10405802	PrimerNomEall SanNomEall PrimerãnaEall SanãnaEall	25/11/2015	Centro Asistencial	Un año o más	Firmado	

Mostrando 1 a 13 de 13 filas

Número del CD	Documento	Nombre del fallecido
10	UY-CI-14754580	MIGUEL PRIMAPELLIDOdeMIGUEL SEGAPELLIDODEMIGUEL
9	UY-CI-10665804	JUAN - PRIMAPELLIDOdeJUAN SEGAPELLIDODEJUAN
8	UY-CI-10405802	VICENTE PRIMAPELLIDOdeVICENTE SEGAPELLIDODEVICENTE
7	UY-CI-10405802	PrimerNomEall SanNomEall PrimerãnaEall SanãnaEall

## 6 Búsqueda de Certificados

Una vez que ha identificado el Certificado que busca, seleccione "VER"

Mostrando 1 a 13 de 13 filas

Número del CD	Documento	Nombre del fallecido	Fecha de Defunción	Lugar de defunción	Franja etaria	Estado del CDE	Ver
10	UY-CI-14754580	MIGUEL PRIMAPELLIDOdeMIGUEL SEGAPPELLIDODEMIGUEL	29/10/2015	Domicilio	Un año o más	Firmado	
9	UY-CI-10665804	JUAN - PRIMAPELLIDOdeJUAN SEGAPPELLIDODEJUAN	29/10/2015	Casa de Salud/Asilo	Un año o más	Firmado	
8	UY-CI-10405802	VICENTE PRIMAPELLIDOdeVICENTE SEGAPPELLIDODEVICENTE	09/01/2015	Domicilio	Un año o más	Firmado	
7	UY-CI-10405802	PrimerNomFalle_SecNomFalle_PrimerAñoFalle_SecAñoFalle	25/11/2015	Centro Asistencial	Un año o más	Firmado	

ISTIAN FABIAN IAPELLIDOdeCHRISTIAN APELLIDODECHRISTIAN	-	Hospital Evangelico	1 año y más	INICIADO	
A FANE	-	Hospital Evangelico	1 año y más	INICIADO	
ELMA PRIMAPELLIDOdeEDELMA APELLIDODEEDELMA	-	ASSE	1 año y más	INICIADO	
RADO PRIMAPELLIDOdeCONRADO APELLIDODECONRADO	-	VÍA PÚBLICA	1 año y más	INICIADO	

Se mostrarán los datos patronímicos ya completados

Corrobore que estén correctos y seleccione MODIFICAR ( para continuar editando los datos médicos del CD)

Detalle del Certificado -- Franja Etaria: 1 año y más Número de documento del difunto: 12345678 Nombre del difunto: PrimerNombre SegundoNombre  
PrimerApellido SegundoApellido Número de certificado: 316

Volver

Eliminar

Modificar

## - Identificación y datos personales del fallecido

País emisor	URUGUAY	Tipo de Documento	CÉDULA DE IDENTIDAD	Nº de Documento	12345678
Primer nombre	PrimerNombre	Segundo nombre	SegundoNombre		
Primer apellido	PrimerApellido	Segundo apellido	SegundoApellido		
Nombre en documento	PrimerNombre SegundoNombr		Observaciones en documento		
Sexo	MASCULINO	Fecha de nacimiento	14/01/1991		
Edad en años al fallecer	25				
Credencial					
Institución a la que pertenecía	CASMU				
¿Vivía en pareja?	No	Estado Civil	SOLTERO		
Etnia	BLANCA				
País de nacimiento	Seleccionar...	Departamento de nacimiento	Seleccionar...	Localidad de nacimiento	Seleccionar...

Cancelar **Completar Datos Médicos**

Datos con (\*) son Obligatorios para poder guardar

## — Identificación y datos personales del fallecido

País emisor	URUGUAY	Tipo de Documento	CÉDULA DE IDENTIDAD	N° de Documento	12345678	Buscar
Primer nombre	PrimerNombre	Segundo nombre	SegundoNombre			
Primer apellido	PrimerApellido	Segundo apellido	SegundoApellido			
Nombre en documento		Observaciones en documento				
Sexo *	MASCULINO	Fecha de nacimiento	14/01/1991			
Edad en años al fallecer	25					
Credencial						
Institución a la que pertenecía *	CASMU					
¿Vivía en pareja? *	No	Estado Civil *	SOLTERO			
Etnia *	BLANCA					

Confirmar que los  
Datos Patronímicos  
ingresados  
anteriormente son  
correctos y luego  
seleccione

**“Completar Datos  
Médicos”**

Cancelar

**Completar Datos Médicos**

## Día y hora de Defunción

### — Día y hora de la defunción

Fecha de defunción / constatación \* 12/01/2016

Hora de defunción / constatación \*

¿Llegó sin vida al centro asistencial? \*

### — Causas de la defunción \*

I  
Enfermedad o estado patológico que  
directamente

Causas antecedentes. Estado morbo  
alguno, que produjeron la causa cons  
mencionándose en último lugar la causa principal

« Enero 2016 »

Lu	Ma	Mi	Ju	Vi	Sa	Do
28	29	30	31	1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31
1	2	3	4	5	6	7

### — Día y hora de la defunción

Fecha de defunción / constatación \* 12/01/2016

Hora de defunción / constatación \* 13:08

¿Llegó sin vida al centro asistencial? \*

Selección  
Seleccionar  
Si  
No  
Se desconoce

### — Causas de la defunción \*

- Seleccionar la fecha de defunción/constatación en el calendario
- Completar la Hora de defunción /constatación
- Seleccionar si llegó sin vida al centro asistencial

## Causas de Defunción

### — Causas de la defunción

I  
Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente

Causas antecedentes. Estado morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.

A   
debido a (o como consecuencia de)

B   
debido a (o como consecuencia de)

C   
debido a (o como consecuencia de)

Intervalo entre inicio de enfermedad y muerte

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

**Completar las causas de defunción en los campos indicados y los plazos de tiempo.**

## Motivos Externos

— Llenar únicamente en caso de muerte por motivos externos (sólo con fines estadísticos)

¿La defunción se debió a Motivos Externos? \*  ▼ Motivo Externo \*  ▼

Descripción de las circunstancias en que aconteció

Fecha del acontecimiento  Fecha del acontecimiento violento

Seleccionar **Si**, si la defunción se debió a algún Motivo de causa Externa.

## Intervenciones Quirúrgicas

Seleccionar en el caso de que se haya realizado una cirugía

— Intervenciones quirúrgicas

¿Se realizó una cirugía?  Fecha de la cirugía

Nombre de la intervención

Causa por la que se operó

¿Solicitó autopsia Clínica?

### Código tipo de enfermedad

Seleccionar el Código que corresponda para manejo del cadáver según la enfermedad del fallecido

#### — Código tipo de enfermedad \*

- Código B Cólera, Tuberculosis, Hepatitis A, HIV y SIDA
- Código C Hepatitis B o C y Hepatitis no-A no-C, Encefalitis Creutzfeldt-Jakob (ECJ), Enfermedad por meningococo, Encefalitis por arbovirus, Fiebres Hemorrágicas
- Código A Todas las otras, no contenidas en B ó en C

por último Firme el CD.



Presionar Firmar

Se muestran en pantalla los datos completados del Certificado de Defunción.

El médico firmante debe completar los campos **Celular** y **CJP**. Luego seleccione

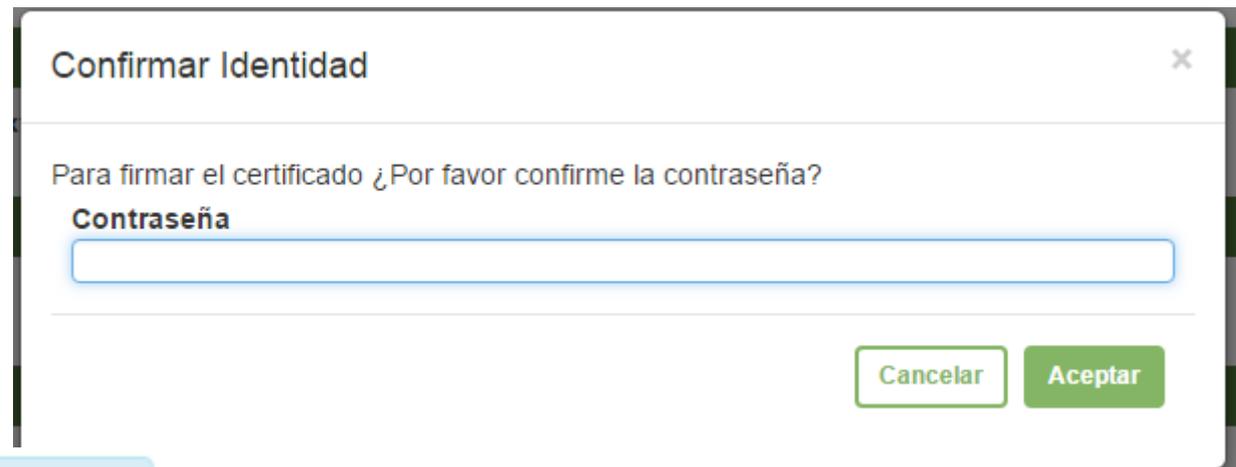


The screenshot shows a web form titled "Firma del certificado". It contains the following fields and information:

- CI: 12345672
- Nombre completo: Usuario Medico
- Celular: [Empty text input field]
- CJP: [Empty text input field]
- Fecha de certificación: 12/01/2016 15:49:59 GMT-03:00
- Buttons: "Cancelar" and "Firmar" (the "Firmar" button is circled in red).

Se le solicitará la contraseña. Escribala y seleccione **Aceptar**.

Espera unos segundos. Si la operación fue correcta el sistema mostrará un anuncio:



The screenshot shows a dialog box titled "Confirmar Identidad". It contains the following elements:

- Text: "Para firmar el certificado ¿Por favor confirme la contraseña?"
- Label: "Contraseña"
- Input field: [Empty password input field]
- Buttons: "Cancelar" and "Aceptar"

- El certificado ha sido firmado correctamente.



**Aparecerá en Pantalla el CD, resumido listo para ser impreso por el Médico,  
Admisiones o por la empresa fúnebre.**

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN RESUMIDO		
		
Código tipo de Enfermedad (A, B o C)	Nº. xxxxxx	
ORIGINAL/COPIA/ENMIENDA ORIGINAL/ENMIENDA COPIA		
Motivo de la emisión de la copia:		
DATOS PATRONÍMICOS Y PERSONALES DEL FALLECIDO		
Primer Apellido	Segundo Apellido	
Primer Nombre	Segundo Nombre	
Nom. en Documento		
Obs. sobre documento		
Documento	Tipo y Número de Documento	
Sexo	Fecha de nacimiento	
País de nacimiento	Nacionalidad	
LUGAR Y FECHA DE LA DEFUNCIÓN		
Lugar de la Defunción	Nombre de Institución y Establecimiento ó Indica Lugar de Defunción (Domicilio, Vía Pública, Otro)	
Otra Designación	En caso de Lugar de Defunción = Otro, se detalla aquí el lugar	
Fecha de defunción	Hora de defunción	
Departamento	Localidad	
Calle	Número	
Entre	Y entre	
Ruta	Km	
Manzana	Solar	
Barrio	Zona	
DATOS ESTADÍSTICOS		
Estado Civil	Credencial Cívica	
Actividad Principal	Ocupación	
LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL		
Departamento	Localidad	
Calle	Número	
Entre	Y entre	
Ruta	Km	
Manzana	Solar	
Barrio	Zona	
MÉDICO FIRMANTE - Firmado el día: Fecha y Hora de Firma		
El profesional médico firmante se encuentra debidamente habilitado por el MSP para firmar el presente Certificado de Defunción.		
Cédula Nº.	Nº CJPPU	
Nombre		
El presente Certificado de Defunción Resumido, se emite como Constancia de la existencia de un Certificado de Defunción Electrónico de la persona fallecida de referencia. Los emisores autorizados por el MSP son Prestadores de Salud, Profesionales Médicos, Empresas Fúnebres o la Unidad de Estadísticas Vitales del MSP, quienes podrán acreditar la emisión, mediante firma y sello correspondiente.		
_____	_____	_____
Firma del Responsable	Aclaración de Firma	Nº de Documento
Impreso el: Fecha y Hora		
CONSTANCIA REGISTRO CIVIL		
El presente Certificado de Defunción Resumido, se emite como Constancia de la existencia de un Certificado de Defunción Electrónico de la persona fallecida de referencia. Los emisores autorizados por el MSP son Prestadores de Salud, Profesionales Médicos, Empresas Fúnebres o la Unidad de Estadísticas Vitales del MSP, quienes podrán acreditar la emisión, mediante firma y sello correspondiente.		
_____	_____	_____
Firma del Responsable	Aclaración de Firma	Nº de Documento
Impreso el: Fecha y Hora		
CONSTANCIA REGISTRO CIVIL		
El Oficial del Registro de Estado Civil de la _____ Sección Judicial del Departamento de _____ hace constar que en el acta _____ de la foja _____ del libro _____ del Registro de Defunciones de fecha _____ ha sido inscripta la defunción que se refiere en el presente comprobante.		
Firma del Oficial del Registro de Estado Civil		

MÉDICO FIRMANTE - Firmado el día: Fecha y Hora de Firma		
El profesional médico firmante se encuentra debidamente habilitado por el MSP para firmar el presente Certificado de Defunción.		
Cédula Nº.		Nº CJPPU
Nombre		
El presente Certificado de Defunción Resumido, se emite como Constancia de la existencia de un Certificado de Defunción Electrónico de la persona fallecida de referencia. Los emisores autorizados por el MSP son Prestadores de Salud, Profesionales Médicos, Empresas Fúnebres o la Unidad de Estadísticas Vitales del MSP, quienes podrán acreditar la emisión, mediante firma y sello correspondiente.		
_____	_____	_____
Firma del Responsable	Aclaración de Firma	Nº de Documento
Impreso el: Fecha y Hora		
CONSTANCIA REGISTRO CIVIL		

“El presente Certificado de Defunción Resumido, se emite como Constancia de la existencia de un Certificado de Defunción Electrónico de la persona fallecida de referencia. Los emisores autorizados por el MSP son Prestadores de Salud, Profesionales Médicos, **Empresas Fúnebres** o la Unidad de Estadísticas Vitales del MSP, quienes podrán acreditar la emisión, mediante firma y sello correspondiente”

Las empresas Fúnebres podrán imprimir el Certificado de Defunción Resumido, debiendo sellarlo y firmarlo para presentarlo para su inscripción en el Registro Civil.

### Enmiendas previo firma de Certificados

Se podrán modificar todos los datos patronímicos registrados **a excepción de los que devuelve DNIC.**

- Primer Nombre, Segundo Nombre
- Primer Apellido, Segundo Apellido
- Nombre en Documento
- Sexo
- Fecha de Nacimiento

### Enmiendas posteriores a la firma de Certificados por parte del médico

Se podrán modificar únicamente los siguientes datos:

- Identificación de madre y padre de menores.
- Estado Civil
- Credencial Cívica
- Educación
- Ocupación
- Actividad principal
- Lugar de residencia del fallecido o de la madre.

El Sistema indicará cuando se trata de la impresión de una enmienda o de una copia y se deberá detallar, debajo manualmente el motivo de la emisión de la copia o enmienda.

		<b>CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN RESUMIDO</b>	
<b>Código tipo de Enfermedad (A, B o C)</b>		<b>Nº. XXXXXX</b>	
		<b>ORIGINAL/COPIA/ENMIENDA ORIGINAL/ENMIENDA COPIA</b>	
		<b>Motivo de la emisión de la copia:</b>	
<b>DATOS PATRONÍMICOS Y PERSONALES DEL FALLECIDO</b>			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Primer Nombre		Segundo Nombre	
Com. en Documento			
Obs. sobre documento			
Documento	<b>Tipo y Número de Documento</b>	País emisor	
Sexo		Fecha de nacimiento	
País de nacimiento		Nacionalidad	
<b>LUGAR Y FECHA DE LA DEFUNCIÓN</b>			
Lugar de la Defunción	<b>Nombre de Institución y Establecimiento ó indica Lugar de Defunción (Domicilio, Vía Pública, Otro)</b>		
Otra Designación	<b>En caso de Lugar de Defunción = Otro, se detalla aquí el lugar</b>		

## Mesa de Servicios de Sistemas Informáticos.

Ante cualquier consulta acerca del Certificado de Defunción Electrónico comuníquese al:

1934 interno 3230 o al 098 42 13 46

Correo electrónico:

[mesadeayuda@msp.gub.uy](mailto:mesadeayuda@msp.gub.uy)

No dude en consultarnos,  
Gracias.