Appendix 1 (as supplied by the authors): Medical Certificate of Death and Death Registration Form Comparison Chart

*Note that a 'Y' indicates that the province or territory asked about that element *somewhere*, whether in the medical certificate of death, the death registration form, or both.

**There is no column for Saskatchewan because its Vital Statistics Registrar declined to provide samples.

***Legend:

AB: Alberta

BC: British Columbia

MB: Manitoba

NB: New Brunswick

NFLD: Newfoundland and Labrador

NWT: Northwest Territories

NS: Nova Scotia

NU: Nunavut
ON: Ontario
QC: Québec

YK: Yukon Territory

Administrative Numbers

Administrative Nu	HID C I											
	AB	ВС	MB	NB	NF LD	NWT	NS	NU	ON	PEI	QC	YT
Administrative	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Numbers												
Document Control Number	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
Registration Number	Y	Y	IN	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	IN	Y
Hospital/Facilit y Code Number	N	N	N	N	Y	N	N	N	Y	N	Y	N
Chart #	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N
Provincial Health Card Number	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	N	Y	Y	N
Pending Registration Number (Division Registrar Use Only)	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N
Social Insurance Number	Y	Y	Y	N	Y	N	Y	Y	Y	Y	N	Y
Amendment Number	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Service Request Number	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Pre-Registration Number	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Driver's License Number	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

Patient Information

	AB	ВС	MB	NB	NF LD	NWT	NS	NU	ON	PEI	QC	YT
Patient	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Information												
Name of deceased	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Surname	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
First name	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
All other given	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
names												
Birth name (if	Y	Y	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	Y
different)	3.7	3.7	3.7	7.7	3.7	27	3.7	3.7	3.7	2.7	2.7	2.7
Name (according	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
to cultural/ethnic												
/religious												
heritage)												
Sex	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Male	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	Y	N
Female	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	Y	N
Unknown	N	Y	N	N	Y	N	N	N	N	N	Y	N
Undetermined	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
Family Physician	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N
Usual Residence	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Complete street	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
address. If												
rural give exact												
location/include												
name of												
community/sectio												
n/township/range or LGD (not PO												
or RR address)												
City (by name)	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
Town	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
Village	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
Municipality	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
LGD	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Other place	N	Y	N	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
County	N	N	N	Y	N	N	Y	Y	N	Y	N	N
District	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N
Province	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Territory	N	N	N	N	N	Y	N	Y	N	N	N	Y
State	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Country	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
SGC Code	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N
Postal Code	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	Y	Y	Y	Y
Years	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y

NG	1.7	I at	1 3.7	3.7	Lat	T 3.7	1 3.7	1 3.7	1 3.7		l at	37
Mailing Address	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y
& Postal Code		17	1.7		1.7	2.7	1.7		17			
Previous	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y
Residence	27	2.7	27	27	2.7	2.7	7.7		2.7	3.7	2.7	7.7
Years	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y
Aboriginal?	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Yes	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
No	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
If yes, did	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
deceased live on												
reserve?			1.7		1.7	27	1		2.7	1.7		1.7
Yes	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
No	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Language Used at	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
Home							ļ			<u> </u>	-	
French	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
English	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
Other (specify)	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
Occupation	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	N	Y	N	Y
Kind of work	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
done during most												
of working life												
(DO NOT INDICATE	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
RETIRED)												
Years	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y
Kind of business	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
or industry												
in which worked												
Birthdate	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Month (by name),	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
day, year of												
birth		<u> </u>			<u> </u>	<u> </u>				<u> </u>		
Age	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Age (years)	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
If under 1 year:	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
(months)	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
(days)	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
If under 1 day:	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
(hours)	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
(minutes)	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
If age less than	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
7 days, give												
birth weights in												
grams						 						
Age	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
Year(s);												
month(s);												
day(s); hour(s);												
minutes(s)												

Gestation age	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N
Birth weight	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N
Birthplace	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
City	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
Town	Y	Y	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N
Village	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Community	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
Other Place	N	Y	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
Province	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
State	N	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N	Y	N
Country	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y
If outside of	N	N	Y	N	N	N	N	N	Y	N	N	N
Canada, state												
country												
Ethnic Group	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N
(optional)												
Ethnic Group	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	Y
Treaty Indian	N	N	N	N	N	Y	N	Y	N	N	N	N
Métis	N	N	N	N	N	Y	N	Y	N	N	N	N
Métis (#)	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y
Inuit	N	N	N	N	N	Y	N	Y	N	N	N	N
Inuit (#)	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y
First Nation (#)	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y
Caucasian	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y
Other (specify)	N	N	N	N	N	Y	N	Y	N	N	N	Y
Treaty Number	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Band Name	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N
First Nation	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
Yes	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
No	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
Registration Number	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N

Marital Status

	AB	ВС	MB	NB	NF	NWT	NS	NU	ON	PEI	QC	YT
					LD							
Marital Status	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Single	N	N	N	N	N	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y
Never Married	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	N	N	Y	N
Common-law	N	N	N	N	N	Y	N	N	Y	N	N	N
Married	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Separated	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	Y	N
Divorced	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Widowed	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Same-sex Partner	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N
Other	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Unknown	Y	N	N	N	Y	N	N	N	N	Y	N	N
Adult	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

Interdependent												
Relationship (common-law) if applicable												
Common-law	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
status - Indicate												
if deceased was												
living common												
law?												
Yes	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
No	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
Unknown	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N

Spouse Information

			1.50	1	T		170		037		0.0	
	AB	BC	MB	NB	NF LD	NWT	NS	NU	ON	PEI	QC	YT
Spouse	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Information												
Give Surname and	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N
given name												
of spouse												
Give full name	N	N	N	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N
of husband or												
full maiden name												
of wife												
Give full name	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N
at birth of												
spouse												
Give full name	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N
of spouse;												
including maiden												
surname if												
spouse is female												
Give full name	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
of spouse;												
include maiden												
name if												
applicable												
Full name/maiden	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
name of spouse												
Last name of the	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N
deceased's												
spouse or												
partner (before												
this marriage or												
relationship)												
Give full name	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y

of spouse(birth name of spouse if relevant)												
Name of spouse of deceased	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
If the deceased was married, indicate the age of her/his spouse	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
Give full name of husband or full maiden name of wife	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Spouse's Legal Last Name (if male) or Legal Maiden Last name (If female)/Full Legal Given Names	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

Place of Death

	AB	ВС	MB	NB	NF LD	NWT	NS	NU	ON	PEI	QC	YT
Place of Death	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Name of	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
hospital/institu												
tion/												
facility/locatio												
n establishment/												
locality/communi												
ty/other place												
of death												
Type of	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
Establishment -												
where death												
occurred												
Hospital	N	Y	N	N	Y	N	Y	N	Y	N	N	N
Hospital (in- patient)	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
Hospital	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
(ER/outpatient)												
Hospital (DOA)	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
Correctional	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
Centre												
Other Health	N	N	N	N	Y	N	Y	N	N	N	N	N
Care Facility												

Nursing Home	N	Y	N	Y	N	N	N	N	Y	N	N	N
Assisted Living	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Palliative Care	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Unit												
Street	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Died at Private	N	N	N	N	Y	N	N	N	Y	N	N	N
Residence												
At Home	N	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
Other (specify)	N	Y	N	Y	Y	N	Y	N	Y	N	N	N
Unknown	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N
Address	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Street number	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
and street												
City	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
Town	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
Village	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
Municipality	N	N	N	N	Y	N	N	N	Y	N	Y	N
Rural (give	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N
section,												
township, range,												
LGD)												
Other place	N	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
County	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	Y	N	N
Province	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
Country	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
Postal Code	N	Y	N	N	N	N	Y	N	N	Y	Y	N
District	N	N	N	N	N	N	N	Y	Y	N	N	N

Parental Information

	AB	BC	MB	NB	NF LD	NWT	NS	NU	ON	PEI	QC	YT
Parental	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y ¹
Information												
Parent	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y
Parent 1	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N
Father or other	N	N	N	N	Y	Y	Y	N	N	N	N	N
parent:												
Father/Parent	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Father	Y	Y	Y	Y	N	N	N	Y	Y	N	Y	N
Surname (at birth) and given names of Parent 1	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N
Surname and given names	N	N	N	Y	N	N	Y	N	N	N	N	N

_

Yukon lists four "Parents" and asks for their names and birthplace

Surname of	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y
Parent	IN	IN	IN	IN	IN	IN	1/1	IN	IN	IN	IN	1
Surname at Birth	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N
of Father or	IN	IN	IN	IN	IN	Y	IN	IN	IN	IN	IN	IN
Other Parent												
	NT.	NT.	N.T.	NT.	37	NT.	NT.	NT.	NT.	NT.	NT.	NT.
Surname and	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N
Given Names of												
Father/Other												
Parent	NT.	3.7	D.T.	NT.	NT.	D.T.	NT	37	N.T.	D.T.	NT.	D.T.
Surname of	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N
Father					3.7	27	1.7	1	177	1.7	2.7	
Legal Last	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Name/Full legal												
Given Names		<u> </u>		-	+							
Surname and	N	Y	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N
Given Names of												
Father	1.7	ļ	1	1	ļ	ļ.,-	1	1	1	2.7		1.7
Last name and	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N
given names		1	1	1	1	 	1				l	<u> </u>
Father's name	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	Y	N
(last, first)												
OR name	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
according to												
cultural/ethnic/												
religious												
heritage)												
All Given Names	N	N	N	Y	N	Y	N	Y	N	N	N	Y
(In Full)												
Birthplace	Y	Y	Y	N	N	N	Y	N	Y	Y	N	Y
City	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
Town	Y	N	N	N	Y	Y	N	Y	N	N	N	Y
Community	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
Village	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Place	N	N	Y	N	N	Y	N	Y	N	N	N	Y
Province	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
Territory	N	N	N	N	N	Y	N	Y	N	N	N	Y
State	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
Country	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
Parent	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y
Parent 2	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N
Mother/Parent	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Mother	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	N
Surname (at	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N
birth) and given												
names of parent												
2												
Surname of	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y
Parent												
Surname at Birth	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N
of Mother												
L	-	-				•	-	-	-	-		

Maiden Surname	N	Y	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N
and Given Names												
of Mother												
Legal Maiden	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Last Name/Full												
legal Given												
Names												
Maiden surname	N	N	Y	Y	N	N	Y	N	N	N	N	N
and given names												
Maiden surname	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N
of Mother												
Mother's maiden	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	Y	N
name (last,												
first)												
OR name	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
according to												
cultural/ethnic/												
religious												
Heritage												
All Given Names	N	N	N	N	N	Y	N	Y	N	N	N	Y
(In Full)												
Birthplace	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
City	Y	Y	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
Town	Y	N	N	N	Y	Y	N	Y	N	N	N	Y
Village	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Community	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
Place	N	N	Y	N	N	Y	N	Y	N	N	N	Y
Province	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
Territory	N	N	N	N	N	Y	N	Y	N	N	N	Y
State	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
Country	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y

Information Information

	AB	ВС	MB	NB	NF LD	NWT	NS	NU	ON	PEI	QC	YT
Informant Information	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Actual signature of informant	N	N	N	N	N	Y	N	Y	Y	Y	N	Y
Name of informant	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	N	N
Phone number of informant	N	N	N	N	Y	Y	Y	N	N	N	N	N
Address of informant	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N
Postal Code	Y	Y	N	N	Y	N	Y	N	Y	N	N	Y
Relationship to deceased	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y

Spouse	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N
Child	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N
Parent	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N
Other (specify)	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N
Date signed (month, day, year)	N	N	Y	N	N	Y	N	Y	Y	Y	N	Y

Information from the Funeral Director/Home

	AB	BC	MB	NB	NF LD	NWT	NS	NU	ON	PEI	QC	YT
Funeral	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Director/Home												
Disposition	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Burial	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Cremation	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Cremation and	Y	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
burial												
Department of	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
Anatomy/Anatomy												
Study												
Transported out	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
of Province												
Mausoleum	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Fetal/Infant	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Death												
(disposition by												
hospital)												
Other	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N
Disposition												
Other	N	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	N	Y
Disposition												
(specify)												
Unknown	N	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N
Date of	N	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y
burial/cremation												
or disposition:												
Month (by												
name), day, year			<u> </u>			<u> </u>					<u> </u>	.
Proposed date of	Y	N	N	Y	N	N	N	N	Y	N	N	N
disposition												l
Burial Permit	N	Y	N	N	Y	N	N	N	N	N	Y	N
Number		1	1	1.7	1	3.7	1.7	1	1	1	1	
Burial Permit	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Issued By		1	1	1.7	1	3.7	1.7	1	1	1	1	
Date Burial	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Permit Issued												

Funeral Director/Planner /Home Information	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Name of Funeral Director/Planner /Funeral Home Representative/P erson in Charge of Remains	У	У	У	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Υ
Name of Funeral Home/Cemetery/Cr ematorium/Other Place of Disposition	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Address of Funeral Director/Planner /Person in charge of Remains	У	Y	N	У	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
Address of Funeral Home/Cemetery/Cr ematorium/Other Place of Disposition (Street, city, province, country)	Y	Y	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Signature of funeral director	N	N	N	Y	N	N	N	N	Y	N	Y	N
Client No.	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Business Code Number	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N
Telephone number	N	Y	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N
Facsimile number	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N
E-mail address	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N
Postal Code	N	Y	N	N	Y	N	Y	N	N	N	Y	N
Remarks	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N
Notations	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y
Released To	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Name of Funeral Home	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Phone number	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

Division Registrar Information

AB	ВС	MB	NB	NF	NWT	NS	NU	ON	PEI	QC	YT
				LD							

Division	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Registrar												
To be completed	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	Y
by the Division												
Registrar												
Certification of	Y	Y	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
the Registrar												
General/Vital												
Statistics												
Registrar												
Name of	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N
physician/corone												
r who pronounced												
death												
Name of Person	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N
who Issued	1	-	-	1	1		1		_	1	1	
Burial Permit												
Place of issue	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N
Date issued	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N
I certify that	Y	Y	N	N	N	N	Y	N	N	Y	N	Y
this return was	1	1	TA	TA	TA	14	1	TA	TA	*	11/	_
accepted by me												
on this date:												
at:	D.T.	NT.	NT.	3.7	D.T.	3.7	7.7	3.7	3.7	NT.	3.7	NT.
I certify that	N	N	N	Y	N	Y	N	Y	N	N	N	N
this return was												
accepted by me												
on this date:			1	ļ								
By signing	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N
below, I am												
satisfied that												
the information												
in the Medical												
Certificate of												
Death and this												
Statement of												
Death is correct												
and sufficient												
and I agree to												
register the												
death												
Date (month (by	N	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
name), day,												
year)												
Signature (of	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
District												
Registrar/Regist												
rar												
General/Event												
Registrar/Hospit												

al Administration/F uneral Director)												
Registration Date	N	Y	N	Y	Y	N	N	N	Y	N	N	N
Vital Statistics/Event Registrar No.	N	Y	Y	N	N	N	Y	N	N	N	N	N
Registration Number	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N
Div Reg Code number	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N
Notes	Y	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
Record No.	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N

Date of Death

	AB	ВС	MB	NB	NF LD	NWT	NS	NU	ON	PEI	QC	YT
Date of Death	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Date of death:	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Month (by name),												
day, year												
If specific date	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N
of death												
unknown,												
estimate date												
If infant up to	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N
1 year, record												
time of death												
Approx. Time of	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	Y
Death												
Day, hour, min.	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
Time:	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Hours/Minutes												
Please indicate	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N
of this is:												
The actual time	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N
and date of												
death												
The time and	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N
date of												
pronouncement												

Cause of Death

	AB	BC	MB	NB	NF LD	NWT	NS	NU	ON	PEI	QC	YT
Cause of Death	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y

Part I	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Immediate cause	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
of death	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
(a) due to, or	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
	1	l I	ı	1	ı	1	ı	I	T	ı	1	1
as a consequence												
of	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
Antecedent	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
causes, if any,										1		
giving rise to												
the immediate												
cause (a) above,												
stating the												
underlying cause												
last			<u> </u>		<u> </u>			<u> </u>				
(b) due to, or	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
as a consequence										1		
of						1						
(c) due to, or	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
as a consequence										1		
of												
(d) due to, or	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	N	N
as a consequence												
of										ļ		
(d) initial	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
causes												
Part II	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Other	Y	Y	N	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
significant												
conditions												
contributing to										1		
death but not												
causally related										1		
to the immediate										1		
cause (a) above												
Other	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	Y	N
significant												
conditions										1		
contributing to												
death but not										1		
resulting in the										1		
underlying cause												
given in Part I						<u> </u>				<u> </u>		
Other	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N
significant										1		
conditions										1		
contributing to												
death but not										1		
related to the										1		
disease or												
					1				•			
condition												

causing it						1						
Other	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
significant	IN	IN	IN	1	14	IN	14	14	14	14	IN	IA
conditions												
(in relation to	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
all of the above	1	IN	1	1	1	1	1	1	1	ı	1	1
in Part I and												
Part II):												
<u>'</u>												
Approx. interval between onset												
and death												
	NT.	Y	N	NT.	N	NT.	NT.	NT.	D.T.	NT.	NT.	NT.
(in relation to	N	Y	N	N	IN	N	N	N	N	N	N	N
all of the above												
in Part I):												
Approx. interval												
between onset												
and death	».T	».T	NT.	N.T.	N.T.	37	NT.	N.T.	NT.	37	2.7	D.T.
(in relation to all of the above	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	Y	N	N
in Part I and												
Part II): Dx												
Code (Office Use												
Only)	».T	3.7	NT.	3.7	37	D.T.	3.7	3.7	NT.	NT.	NT.	D.T.
If newborn death	N	N	N	N	Y	N	Y	N	N	N	N	N
due to												
prematurity,												
please state												
gestational age weeks												
days Was the deceased	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N
	IN	IN	IN	IN	IN	IN	1/1	IN	1	IN	IN	IN
dead upon arrival?												
	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Autopsy Yes	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
No	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Unknown	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N
Does the cause	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
of death stated	-		-		-	1	1	-	1	-	1	1
above take												
account the												
autopsy												
findings?												
Yes	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
No	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
May further	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
information	-	-	-	1	_	1 -		_	-	1		-
relating to the						1						
cause of death						1				1		
be available						1						
	<u> </u>			_1		1						1

later?												
Yes	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
No	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
Unknown	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N

Manner of Death

	AB	ВС	MB	NB	NF LD	NWT	NS	NU	ON	PEI	QC	YT
Manner of Death	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
If it was a	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
violent death,												
check: (for												
statistical												
purposes only)												
Natural	N	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	N	N	N	Y
Accident	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Homicide	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Suicide	N	N	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Unclassified	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Undetermined	N	N	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y
Undetermined	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N
(specify)												
Pending	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
investigation												
Pending	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
finalized												
details of												
natural causes												

Notice to Coroner/Medical Examiner

	AB	BC	MB	NB	NF LD	NWT	NS	NU	ON	PEI	QC	YT
Notice to	Y	Y	Y	N	Y	N	N	N	N	N	Y	N
Coroner/Medical												
Examiner												
The coroner must be notified of any unnatural death including: accidents, misadventure, suicide, etc.	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Case reportable to the medical examiner pursuant to [relevant	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N

sections of												
relevant Act]												
If the	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Underlying cause												
of death (above)												
is <u>not</u> a natural												
disease or is an												
occupational												
disease, the												
death <u>must</u> be												
reported to a												
medical examiner												
Is the medical	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N
examiner												
required to be												
notified about												
this death as												
indicated in the												
[relevant Act]?												
Cases discussed	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
with Coroner:												
Yes	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
No	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
If Yes,	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N
coroner/medical												
examiner/investi												
gator's name												

Injury Information

	AB	BC	MB	NB	NF LD	NWT	NS	NU	ON	PEI	QC	YT
Injury	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Place/locality of injury (e.g. home, farm, highway, etc.)	N	N	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Place of Injury (home, hospital, nursing home, assisted living, street, other	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Place of injury	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
Date of injury	N	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	Y	Y	N	Y
Time of injury	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
How did injury occur? (describe circumstances)	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Recent injury	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

(not directly												
leading to												
death)												
Mechanism of	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
injury												

Other Medical Particulars

	AB	ВС	MB	NB	NF	NWT	NS	NU	ON	PEI	QC	YT
					LD							
Other Medical	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Particulars												
Was this death	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N
due to a medical												
termination of												
pregnancy?												
If a woman, did	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
death occur												
either during a												
pregnancy or												
within 90 days												
following												
termination of												
pregnancy?												
If deceased a	N	Y	Y	N	Y	N	Y	N	Y	Y	Y	N
woman/female,												
did the death												
occur:												
If a woman has	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
died as a result												
of complications												
of pregnancy,												
indicated if												
death occurred:												
During	N	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	Y	Y	Y	N
pregnancy												
Within 42 days	N	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	Y	Y	Y	N
thereafter/follo												
wing termination												
of Pregnancy/												
postpartum												
Between 43 days	N	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	Y	Y	N	N
and a year												
thereafter/follo												
wing termination												
of pregnancy/												
postpartum				1	1							
Recent Surgery	N	Y	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N
(28 days or less												
prior to death)												

Ivia a thomas	l at	NT.	37	l »T	l »T	l at	N.T.	N.T.	NT.	NT.	l at	l at
Was there a	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N
surgical												
operation?	3.7	NT.	NT.	NT.	»T	NT.	NT.	NT.	NT.	NT.	NT.	3.7
Was there a	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
surgical												
operation within												
the last 10												
days?												
Yes	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	Y	N	N	N
No	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	Y	N	N	N
If yes, date	N	Y	Y	N	N	N	N	N	Y	N	N	N
Surgery/reason	N	Y	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N
for surgery												
(Operative)	Y	Y	Y	N	N	N	N	N	Y	N	N	N
Findings												
Coronary bypass?	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Yes	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
No	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Heart valve	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
replaced?												
Yes	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
No	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Organ transplant	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
(specify)		-										
Reason	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
No	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Environmental/oc	N	Y	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N
cupation/lifesty		1	1	1	1	-		14	14	14	1	1
le (e.g.,												
pesticides,												
asbestos, abuse												
of tobacco,												
alcohol, etc.) a												
factor in death?												
Yes (specify)	N	Y	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N
No (Specify)	N	Y	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N
Unknown	N	Y	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N
Place (Office	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Use Only)	TA	1	IN	IN	TA	IN	TA	TA	TA	IN	IN	IN
Presence of	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
radioisotopes?	TA	IN	IN	IN	TA	IN	TA	TA	TA	IN	1	IN
Yes	ът	N	N	NT.	NT.	N	ът	ът	NT.	N	Y	NT.
	N			N	N		N	N	N			N
No	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
Did the deceased	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
have a disease												
that must be												
reported?	37	1	1	1	37	27	1.7	37	17	27	7	1
Yes (specify)	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
No	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N

Attending Physician/Coroner/Other

	AB	ВС	MB	NB	NF LD	NWT	NS	NU	ON	PEI	QC	YT
Attending Physician/ Coroner/Other	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
I certify that the above named person died on the date and from the causes stated herein/Signature ((attending) physician/medica l practitioner, coroner/medical examiner, nurse practitioner, event registrar with authorization of physician, other, etc.)	N	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	Y
By signing below, you certify that the information on this form is correct to the best of your knowledge	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N
I certify that to the best of my knowledge and belief the above named person died on the date and of the cause(s) stated therein;	Y	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N
J'ai rédigé au meilleur de ma connaissance les causes et les circonstances du décès de cette personne. Les renseignements	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N

					1	1	
colligés sont							
transmis à							
l'institut de la							
statistique du							
Québec, au							
ministère de la							
Santé et des							
Services							
sociaux, au							
directeur de							
funérailles, à							
Statistique							
Canada, au							
Directeur de							
l'état civil							
ainsi qu'aux							
autorités							
responsables des							
données de							
l'état civil de							
la province de							
résidence de la							
personne décédés							
s'il y a lieu.							
Les							
renseignements							
transmis sont							
soumis aux							
conditions de la							
Loi sur l'accès							
aux documents							
des organismes							
publics et sur							
la protection							
des							
renseignements							
personnels, sauf							
en ce qui							
concerne le							
Directeur de							
l'etat civil et							
l'autorité							
responable des							
données civiles							
de la province							
de résidence de							
la personne							
décédés s'il y a							
lieu qui ne sont							
pas assujettis à							
_							
cette loi. Les							

	ı		ı	ı		1				I		
conditions sont												
énumérées au												
verso de la page												
2.												
Designation:	N	N	Y	N	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y
(Attending)	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N	Y	Y	N
medical												
practitioner												
(Attending)	N	N	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y
physician												
Coroner	N	N	N	Y	Y	Y		Y	Y	Y	N	Y
Medical Examiner	N	N	Y	N	N	N	Y	N	N	N	N	N
Nurse	N	N	Y	N	N	N	Y	N	Y	N	N	N
Practitioner/												
Registered												
Nurse/Licensed												
Practical Nurse												
Event Registrar	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N
with Physician												
Authorization												
Other	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	Y	N	N
Other (specify)	N	N	Y	N	Y	Y	N	Y	Y	N	Y	Y
Date signed:	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
Month (by name),												
day, year												
Time signed	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Name of	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
physician/medica												
l practitioner/												
coroner/medical												
examiner/nurse												
practitioner/												
registered												
nurse/licensed												
practical nurse												
/event registrar												
/other person												
Address of	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
physician/						1						
medical												
practitioner/						1						
coroner/medical												
examiner/nurse						1						
practitioner/												
registered												
nurse/licensed						1						
practical nurse												
/event registrar						1						
/other person												
PO Box	Y	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N

Street number	Y	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	Y	N
Street	Y	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	Y	N
Municipality	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N
City	Y	N	N	N	N	N	Y	N	Y	N	N	N
Town	Y	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N
Village	Y	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N
Province	Y	N	N	N	N	N	Y	N	Y	N	Y	N
Postal Code	Y	Y	N	N	N	N	Y	N	Y	N	Y	N
E-mail address	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N
License/Registra	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	Y	N
tion number												
MSP Billing	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Number												
(MANDATORY)												
I viewed the	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
body after death												
Yes	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
No	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
I attended the	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
deceased for the												
final illness on												
(month (by												
name), day year)												
I last attended	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
the deceased for												
the final												
illness on												
(month name, day												
year)												
Phone number	Y	Y	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N
(with area code)												
Notations	N	N	N	N	N	Y	N	Y	N	N	N	N

****Note that AB and BC have a separate medical certificate of death form for medical examiners/coroners. The above chart includes the elements from the physician medical certificate of death. In AB's form, every element in both the physician and the medical examiner form is the same except for two parts. For one, in the manner of death section, rather than saying that if not natural, a medical examiner must be notified, it says:

- 1. If accident, suicide, homicide, unclassified, undetermined, or pending investigation (specify)
- 2. Place of injury/incident (e.g., home, farm, highway, work
 site)
- 3. Date of injury/incident (month name, day, year)
- 4. Describe circumstances of injury/incident

For two, it excludes the question about the date when the attendant last attended the deceased.

In BC's form, again it is mostly the same except for a couple of things. For one, rather than asking if the death was simply natural and if the case was discussed with the coroner, the manner of death consists of asking whether the death was natural, suicide, accident, undetermined, homicide, pending investigation. Moreover, the form asks the coroner about the place and date of injury only within a specific section called

"Accident/Homicide/Suicide details". This section asks:

- 1. Place of injury (exact location and type of place)
- 2. Date of injury Month (by name), day year
- 3. MVI: Driver, passenger, unknown, pedestrian, cyclist, other
- 4. Transport mode (e.g., car, truck, motorcycle, bus, etc.);
- 5. Details: collision, struck fixed object, rollover, struck animal, other
- 6. Safety factors: no seatbelt, speed, no helmet, other
- 7. 3rd party factors (not the deceased): alcohol, drugs, other
- 8. Overdose (include names of all substances)
- 9. Other accident or violence details: