

DR. GUILLERMO A. TRETTEL
MP. 23776
CLINICA MEDICA

MINISTERIO DE SALUD DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA estadistica.salud@cba.gov.ar	Av. Vólz Sarafeld 2300 Tel/Fax: 4000036	Acta N° Follo N° Tomo: Grito:
El suscrito Dr. <u>TRETTEL Guillermo</u> certifica haber comprobado el fallecimiento de <u>UTCHARRAC Oscar</u> de <u>90</u> años de edad, domiciliado en <u>Marques de Sabatini</u> Calle <u>Heinrich y Guzman N° 253</u> Localidad <u>Ciudad de Córdoba</u> D.N.I. <u>6489556</u> Fecha del deceso <u>10/06/2025</u> Hora del deceso <u>20:00 Horas</u> Causa inmediata de muerte <u>Shock Cardiogénico Irreversible</u>		
sello DR. GUILLERMO A. TRETTEL MP. 23776 CLINICA MEDICA		Firma del Médico <u>[Firma]</u> Matrícula <u>23776</u>

INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN (datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo a la Ley Nacional 17.622)

DATOS PARA SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL		① Fecha de inscripción Día Mes Año	
② Departamento o Partido		③ Delegación o Registro Civil Número	
④ Tomo		Folio Acta	
DATOS DE LA DEFUNCIÓN (sólo para fines estadísticos y a ser llenado por el médico certificador)			
⑤ Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte? SI ☒ NO ☐ → Pasar a Prog. ⑦		⑥ Lo atendió el médico que suscribe? SI ☐ NO ☒	
⑦ CAUSA DE LA DEFUNCIÓN I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente. Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que le produjo la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar la causa básica II) Otro estado patológico significativo que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte	
a) <u>Shock Cardiogénico Irreversible</u> b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <u>Hipertensión Arterial</u> c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <u>Demencia Vascular</u>		No Usar	
⑧ EN CAUSA DE MUERTE VIOLENTA (unicamente) a) Indicar el tipo de: accidente ☐ Suicidio ☐ Homicidio ☐ Se ignora ☐ b) Cómo se produjo. Describir las circunstancias o situación en que aconteció como por ejemplo: caída de andamio, herido de arma de fuego, intoxicación por psicotrópicos, etc. Si fue accidente de transporte indicar el tipo de vehículo y si el fallecido era peatón, conductor, acompañante o pasajero, etc. c) Lugar donde ocurrió el hecho			
⑨ PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS Estuvo embarazada en los últimos 12 meses? SI ☐ NO ☐ So ignora ☐		Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año	

DATOS DEL FALLECIDO (podrá ser complementado por el Registro Civil)			
Apellido/s <u>UTCHARRAC</u>		Nombre/s <u>Oscar Cranel</u>	
⑩ Fecha de la defunción Día Mes Año <u>10/06/2025</u>		⑪ Fecha de nacimiento Día Mes Año <u>02/07/1935</u>	
⑫ Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda) Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar solo los años <u>90</u> Si la edad es de 1 año, pero menor de un año consignar solo meses y días Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos		⑬ Sexo Masculino ☒ Femenino ☐ Indeterminado ☐	
⑭ Ocurrió... 1 Establecimiento de salud público ☐ 2 Establecimiento privado, obra social, etc. ☐ 3 Vivienda (domicilio) particular ☒ 4 Otro lugar (vía pública, hogar ancianos, etc.) ☐ → Pasar a Prog. ⑮		Nombre del establecimiento:	
⑮ Domicilio donde se produjo: calle y N° / Barrio / Ruta y Km. <u>Heinrich y Guzman 253 Marques de Sabatini</u> Localidad / paraje: <u>Ciudad de Córdoba</u> Departamento o Partido <u>Ciudad de Córdoba</u> Provincia o país (para extranjeros) <u>Córdoba</u>			
⑯ Vivía habitualmente en: calle y N° / Barrio / Ruta y Km. <u>Heinrich y Guzman 253 Marques de Sabatini</u> Localidad / paraje: <u>Ciudad de Córdoba</u> Departamento o Partido <u>Ciudad de Córdoba</u> Provincia o país (para extranjeros) <u>Córdoba</u>			
⑰ Pertenecía o estaba asociado a: (el el fallecido es menor de 1 año completar con los datos de la madre) Obra social ☒ Plan de salud privado o mutual ☐ Ambos ☐ Ninguna ☐			

Sin validez legal para trámites (Ley Nacional N° 17622)