

# Informe Estadístico de DEFUNCION

(Datos amparados por el artículo estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17022)

## DATOS PARA SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

|                        |                             |        |                      |       |      |     |
|------------------------|-----------------------------|--------|----------------------|-------|------|-----|
| Departamento o Partido | Delegación o Registro Civil | Número | Fecha de inscripción | Día   | Mes  | Año |
|                        |                             |        | Tomo                 | Folio | Acta |     |

## DATOS DE LA DEFUNCION (Solo para fines estadísticos y a ser llenado solo por el médico certificante)

|                                                                                  |                                                                                                                                              |                                     |                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a la muerte? | SI <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> - pasar a Reg. 1 | ¿Lo atendió el médico que suscribe? | SI <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### CAUSA DE LA DEFUNCION

|                                                                                                                                                     |                                                             |                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| a) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente                                                                          | a) <u>Paro Cardiorrespiratorio</u>                          | Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte |
| b) Causas Antecedentes                                                                                                                              | b) <u>DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Cancer de colon</u> |                                                                     |
| c) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo | c) <u>DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)</u>                 |                                                                     |

### EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a) Indicar si fue por:                                                                                                                                                                                                                                                                                        | • Accidente <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> • Suicidio <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> • Homicidio <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> • Se ignora <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> |
| b) Cómo se produjo. Describir las circunstancias y situación en que aconteció como por ejemplo, caída de andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicofármacos, etc. Si fue accidente de transporte indicar el tipo de vehículo y el fallecido era peatón, conductor, acompañante, pasajero, etc. |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| c) Lugar donde ocurrió el hecho:                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                                  |                                              |                                                                                                                                                                             |                                                   |     |     |     |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----|-----|-----|
| PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 60 AÑOS CUMPLIDOS | Estuvo embarazada en los últimos doce meses? | SI <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> | Qual fue la fecha de terminación de ese embarazo? | Día | Mes | Año |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----|-----|-----|

### DATOS DEL FALLECIDO

|                         |                            |                                 |
|-------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| DNI: <u>16111316216</u> | Apellido/s: <u>Jeragua</u> | Nombre/s: <u>Rafael Nicolas</u> |
|-------------------------|----------------------------|---------------------------------|

|                       |           |           |             |                    |           |           |           |
|-----------------------|-----------|-----------|-------------|--------------------|-----------|-----------|-----------|
| Fecha de la defunción | Día       | Mes       | Año         | Fecha o nacimiento | Día       | Mes       | Año       |
|                       | <u>26</u> | <u>11</u> | <u>2024</u> |                    | <u>24</u> | <u>10</u> | <u>62</u> |

|                                                                |           |       |      |       |         |                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------|-----------|-------|------|-------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda) | Años      | Meses | Días | Horas | Minutos | Sexo                                                                                                                   |
|                                                                | <u>62</u> |       |      |       |         | Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> |

|             |                                                             |                                                                       |                                                                       |                                                                        |                            |
|-------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Ocurrió en: | 1 <input type="checkbox"/> Establecimiento de salud público | 2 <input type="checkbox"/> Establecimiento privado, obra social, etc. | 3 <input checked="" type="checkbox"/> Vivienda (domicilio particular) | 4 <input type="checkbox"/> Otro lugar (vía pública, transportes, etc.) | Nombre del establecimiento |
|-------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------|

|                             |                                     |                        |                                 |                     |
|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Domicilio donde se produjo: | Provincia (o país para extranjeros) | Departamento o partido | Calle/Ruta:                     | Localidad/Paraje:   |
|                             | <u>La Rioja</u>                     | <u>Capital</u>         | <u>Paseo de los Estudiantes</u> | <u>Barrido Luis</u> |

|                         |                                     |                        |                                 |                   |
|-------------------------|-------------------------------------|------------------------|---------------------------------|-------------------|
| Vivió habitualmente en: | Provincia (o país para extranjeros) | Departamento o partido | Calle/Ruta:                     | Localidad/Paraje: |
|                         | <u>La Rioja</u>                     | <u>Capital</u>         | <u>Paseo de los Estudiantes</u> | <u>Yemel</u>      |

|                                 |                                                   |                                                           |                                 |
|---------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Pertenecía o estaba asociada a: | 1 <input checked="" type="checkbox"/> Obra social | 2 <input type="checkbox"/> Plan de salud privado o mutual | 3 <input type="checkbox"/> Otro |
|---------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------|

*Dr. Miguel Ángel Jofre*  
Médico Geriatra  
M.P. 2681



Nº

FOLIO Nº

TOMO Nº

CERTIFICADO DE DEFUNCION  
 RESERVADO PARA EL REGISTRO CIVIL

El suscrito Dr. Agüero Laura Abelica  
 que domo: Veracruz Rafael de sexo: M Estado civil: Conyugue  
 del Cónyuge: Cortez Elba Profesión del fallecido: Empleado  
 en: Calle Unión Calle: Honduras Perteneciente a: Guerrero  
 N°: 30 del Departamento: Guerrero Provincia de: Veracruz  
 años de edad - L.E.L.C/D.N.I. N°: 16.113.626  
 Cédula Identidad N°: Apertivo Expedida por la Folleto de:  
 de nacionalidad: Apertivo Expedida por la Folleto de:  
 con (ligar fallecimiento) ha fallecido por Pero Obdo meparato a o  
 el día: 26 del mes de: Noviembre de 2024 a las 0630 horas  
 consta por: Reconocido el cadáver (Indicar nombre o reconocido el cadáver)  
 REN: ke Rio OTORGADO  
 a los: 26 días del mes de: Noviembre de 2024

FIRMA DEL MEDICO:  
 SELLO ACREDITARIO:

DATOS DEL MEDICO

APELLIDO Y NOMBRES: Agüero Laura Abelica

MP 2081

Dra. Agüero Laura Abelica  
 Médica Generalista  
 M.P. 2081

