

CLINICA SANAGEC
 Bv. GUZMAN 65
 CORDOBA - CAPITAL

MINISTERIO DE SALUD Av. Vélez Sarsfield 2300 Acta N° _____ Folio N° _____
DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA Tel/Fax: 4688635 Tomo _____ Serie _____

El suscrito Dr. Lombardi M. Soledad certifica haber comprobado el fallecimiento de Juan de los Angeles Agüero de 51 años de edad, domiciliado en Calle José Torro Poz N° 226 Localidad Blephas de Riego D.I. 23313958
Blephas
 Fecha y hora del deceso 04 de Agosto del 2024 09:45 hs
 Causa inmediata de la muerte Shock cardiogenico Irreversible

Ura. **LOMBARDI M. SOLEDAD**
 MÉDICA CIRUJANA
 M.P. 36276/3
 -CARDIOLOGÍA

Firma del médico [Firma] Matricula 36276

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 Inscrición 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 certificante)

5 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte? SI 1 NO 2 6 ¿Lo atendió el médico que suscribe? SI 1 NO 2

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente. Causas antecedentes

II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo

a) Shock cardiogenico Irreversible
 b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Insuficiencia cardiaca
 c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Insuficiencia renal

Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte

8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)

a) Indicar si fue por: accidente 1 Suicidio 2 Homicidio 3 Se ignora 9

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 1 NO 2 Se ignora

¿continuar abajo?

Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año

DATOS DEL FALLECIDO (podrá ser cumplimentado por el Registro Civil)

Apellido/s Agüero Nombre/s Juan de los Angeles

10 Fecha de la defunción Día Mes Año 04 08 2024 11 Fecha de nacimiento Día Mes Año 08 07 1973

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda) Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar solo los años 51 13 Sexo Masculino Femenino Indeterminado

Si la edad es de 1 año, pero menos de un año consignar solo meses y días

Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos

14 Ocurrió... Establecimiento de salud público 1 Establecimiento privado, obra social, etc. 2 Vivienda (domicilio) particular 3 Otro lugar (vía pública, hogar ancianos, etc.) 4

Nombre del establecimiento: Clinica SANAGEC

15 Domicilio donde se produjo: calle y N° / Barrio / Ruta y Km. Bv. Guzman N° 65
 Localidad / paraje: Blephas Departamento o Partido: Blephas
 Provincia o país (para extranjeros): Blephas

16 Indique residencia habitual (puede no coincidir con el DNI), si vivía en calle N° / Barrio / Ruta y Km. José Torro Poz
 Localidad / paraje: Blephas Departamento o Partido: Blephas

17 Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de 1 año, completar con los datos de la madre)
 Obra Social 1 Plan de salud privado o mutual 2 Ambos 3 Ninguno 4

CLINICA SANAGEC
 Bv. GUZMAN 65
Sin validez legal para trámites (Ley Nacional N° 17.622) BA - CAPITAL

CLINICA SANAGEC
 Bv. GUZMAN 65
 CORDOBA - CAPITAL

IMPRESO TALLER GRAFICO BOLETIN OFICIAL



SOLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MAS

DATOS DEL FALLECIDO

18 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó? (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

* Nunca asistió	01	<input type="checkbox"/>							
* S.E. No reformado	Incompleto	Completo			* S.E. Reformado	Incompleto	Completo		
Primario	02	<input type="checkbox"/>	03	<input type="checkbox"/>	* Ciclo EGB (1° y 2°)	11	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
Secundario	04	<input type="checkbox"/>	05	<input checked="" type="checkbox"/>	* Ciclo EGB (3°)	13	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>
* Superior o universitario	06	<input type="checkbox"/>	07	<input type="checkbox"/>	* Polimodal	15	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>

19 ¿Cuál era su situación laboral?

* Trabajaba o estaba de licencia	02	<input type="checkbox"/>	
* No trabajaba	Buscaba trabajo	04	<input type="checkbox"/>
	No buscaba trabajo	06	<input checked="" type="checkbox"/>

20 ¿Cuál era su ocupación habitual?

Empleado de banco

SOLO PARA FALLECIDOS MENORES DE 14 AÑOS (Incluyendo a los menores de 1 año)

DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

21 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó? (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

* Nunca asistió	01	<input type="checkbox"/>							
* S.E. No reformado	Incompleto	Completo			* S.E. Reformado	Incompleto	Completo		
Primario	02	<input type="checkbox"/>	03	<input type="checkbox"/>	* Ciclo EGB (1° y 2°)	11	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
Secundario	04	<input type="checkbox"/>	05	<input type="checkbox"/>	* Ciclo EGB (3°)	13	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>
* Superior o universitario	06	<input type="checkbox"/>	07	<input type="checkbox"/>	* Polimodal	15	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>

22 ¿Cuál es su edad? (años cumplidos)

Años:

23 ¿La madre convive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho)

SI → Responder Preg. **24**, **25** y **26** Con los datos del padre exclusivamente

NO → Pasar a Preg. **25** y **26** y responderlas con los datos de la madre exclusivamente

DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

24 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó? (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

* Nunca asistió	01	<input type="checkbox"/>							
* S.E. No reformado	Incompleto	Completo			* S.E. Reformado	Incompleto	Completo		
Primario	02	<input type="checkbox"/>	03	<input type="checkbox"/>	* Ciclo EGB (1° y 2°)	11	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
Secundario	04	<input type="checkbox"/>	05	<input type="checkbox"/>	* Ciclo EGB (3°)	13	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>
* Superior o universitario	06	<input type="checkbox"/>	07	<input type="checkbox"/>	* Polimodal	15	<input type="checkbox"/>	16	<input type="checkbox"/>

DATOS DEL PADRE / MADRE (tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

25 ¿Cuál era su situación laboral?

* Trabajaba o estaba de licencia	1	<input type="checkbox"/>	
* No trabajaba	Buscaba trabajo	2	<input type="checkbox"/>
	No buscaba trabajo	3	<input type="checkbox"/>

26 ¿Cuál era su ocupación habitual?

COMPLETAR EN CASO DE SER MENOR DE 1 AÑO (Solo para fallecidos que no tienen 1 año cumplido)

DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MEDICO

27 ¿Cuál fue el peso del niño al nacer? - Gramos

28 ¿Cuál fue su peso al morir? - Gramos

29 Nació de un embarazo...

* Simple 1 → ir a la pregunta siguiente

* Múltiple 2 → el que produjo Niños vivos

defunciones fetales

30 ¿Cuántas semanas completas duró la gestación?

Semanas completas

31 ¿En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño?

Día Mes Año

32 ¿Contando hasta el de este niño, inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre?

Embarazos

33 ¿Entre todos estos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos tuvo?

¿Y cuántas defunciones fetales?

PERSONA QUE CUMPLIMIENTO EL INFORME

Médico 1 Apellido y nombre: *Dr. Víctor Soledad* Matricula Profesional N°: *36276*

Otro 2 Domicilio Profesional: Calle: *B. Guzman* N°: *65*

Localidad: *Cordoba* Tel.: *423 7849*

Firma: *[Firma]*

Sello: *DR. LOMBARDI M. SOLEDAD*

MÉDICA CIRUJANA

M.P. 36276/8

ARDIOLOGÍA

