

Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17622)

DATOS PARA SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL		Fecha de Inscripción	Día	Mes	Año
Departamento o Partido	Delegación o Registro Civil	Número	Torno	Folio	Acta

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a la muerte?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → pasar a Preg. 7	¿Lo atendió el médico que suscribe?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	---	-------------------------------------	---

CAUSA DE LA DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte
I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente	a) <u>Paro Cardíaco súbito</u>	
Causas Antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar la causa básica	b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <u>Insuficiencia</u>	
II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo	c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)	

EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)	
a) Indicar el fue por:	• Accidente 1 <input type="checkbox"/> • Suicidio 2 <input type="checkbox"/> • Homicidio 3 <input type="checkbox"/> • Se ignora 9 <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 psicotrópico, etc. Si fue accidente de transporte indicar el tipo de vehículo y si el fallecido era peatón, conductor, acompañante, pasajero, etc.	
c) Lugar donde ocurrió el hecho:	

PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS	-Estuvo embarazada en los últimos doce meses?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>	¿Cual fue la fecha de terminación de ese embarazo?	Día	Mes	Año
--	---	--	--	-----	-----	-----

DATOS DEL FALLECIDO

DNI: <u>414218101631</u>	Apellido/s: <u>Briwela</u>	Nombre/s: <u>Marie Morterius</u>
--------------------------	----------------------------	----------------------------------

Fecha de la defunción	Día <u>10</u> Mes <u>10</u> Año <u>2015</u>	Fecha de nacimiento	Día <u>20</u> Mes <u>11</u> Año <u>1940</u>
-----------------------	---	---------------------	---

Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)	Sexo
• Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar solo los años	Masculino 1 <input type="checkbox"/>
• Si la edad es de 1 día o más, pero menor de un año, consigna sólo meses y días	Femenino 2 <input checked="" type="checkbox"/>
• Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos	Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>

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

Domicilio donde se produjo:	
Provincia (o país para extranjeros)	<u>La Rioja</u>
Departamento o partido	<u>Capital</u>
Calle/Ruta	<u>Bolivar y San Martín</u>
Localidad/Paraje:	Nro./Km.

Vivía habitualmente en:	
Provincia (o país para extranjeros)	<u>La Rioja</u>
Departamento o partido	<u>Capital</u>
Calle/Ruta	<u>Av. Rivarola de Oteiza</u>
Localidad/Paraje:	Nro./Km.

Perteneca o está asociada a:	
• Obra social 1 <input checked="" type="checkbox"/>	• Plan de salud privado o mutual 2 <input type="checkbox"/>
• Ambos 3 <input type="checkbox"/>	• Ninguno 4 <input type="checkbox"/>

Continúa al dorso →