

Informe Estadístico de DEFUNCION

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

Original

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 DEFUNCIÓN (Solo para fines estadísticos y a ser llenado sólo por el médico certificante)

☐ ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a la muerte?	Sí ☒ No ☐ 2 → pasar a Preg. 7	☐ ¿Lo atendió el médico que suscribe?	Sí ☐ 1 No ☒ 2
CAUSA DE LA DEFUNCIÓN I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente Causas Antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar la causa básica II) Otros estados patológicos significativos 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>Por enfermedad</u> b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <u>Enfermedad aguda</u> c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)	
☐ 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 y situación en que aconteció como por ejemplo, caída de andamio, herido por 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, pasajero, etc. c) Lugar donde ocurrió el hecho:			
☐ PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS • Estuvo embarazada Sí ☐ 1 No ☐ 2 → ¿Cual fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año en los últimos No ☐ 2 continuar doce meses? Se ignora 9 ☐ abajo			

DATOS DEL FALLECIDO

DNI: <u>810181516</u>	¿Se reconocía el/la fallecido/a como integrante de una Comunidad Originaria?	NO ☐ SI ☐ →	¿Cuál?
Apellido/s <u>Rojas</u>		Nombre/s <u>Marcelino</u>	
☐ Fecha de la Defunción	Día Mes Año <u>05 05 2015</u>	☐ Fecha de Nacimiento	Día Mes Año <u>22 04 1948</u>
☐ Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda): • Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar solo los años <u>76</u> • Si la edad es de 1 día o más, pero menor de un año, consigna sólo meses y días • Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos		☐ Sexo Masculino ☒ 1 Femenino ☐ 2 Indeterminado ☐ 3	
☐ Ocurrió en... • Establecimiento de salud público 1 ☒ → • Establecimiento privado, obra social etc. 2 ☐ → • Vivienda (domicilio particular) 3 ☐ pasar a • Otro lugar (vía pública, transportes, etc.) 4 ☐ Preg. 15		Nombre del establecimiento <u>Hospital Juan Pablo</u>	
☐ Domicilio donde se produjo: Provincia (o país para extranjeros) Departamento o partido <u>BU. Pando</u> Localidad/Paraje: Calle/Ruta: <u>San Juan</u> Nro./Km. <u>24</u> Barrio: <u>Hospital</u>			
☐ Vivía habitualmente en: Provincia (o país para extranjeros) Departamento o partido <u>BU. Pando</u> Localidad/Paraje: Calle/Ruta: <u>San Juan</u> Nro./Km. <u>24</u> Barrio: <u>Hospital</u> Efecto de Salud más cercano:			
☐ Pertenece o está asociada a: • Obra social 1 ☐ • Plan de salud privado o mutual 2 ☐ • Ambos 3 ☐ • Ninguno 4 ☐			

Continúa al dorso

SOLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MAS

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

• Nunca asistió	01 ☐				
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo	S.E. Reformado	Incompleto	Completo
Primario	02 ☐	03 ☒	- Ciclos EGB (1ro. y 2do)	11 ☐	12 ☐
Secundario	04 ☐	05 ☐	- Ciclo EGB 3ro.	13 ☐	14 ☐
			- Polimodal	15 ☐	16 ☐
• Superior o universitario	06 ☐	07 ☐			

☐ ¿Cuál era su situación laboral?

• Trabajaba o estaba de licencia/jubilado	1 ☐
• No trabajaba	☐ Buscaba trabajo 2 ☒ ☐ No buscaba trabajo 3 ☒

☐ ¿Cuál era su ocupación habitual?

Subido

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 ESTA INSCRIBIENDO

Apellido/s: _____

DNI Madre: _____ Nombre/s: _____

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

• Nunca asistió	01 ☐				
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo	S.E. Reformado	Incompleto	Completo
Primario	02 ☐	03 ☐	- Ciclos EGB (1ro. y 2do)	11 ☐	12 ☐
Secundario	04 ☐	05 ☐	- Ciclo EGB 3ro.	13 ☐	14 ☐
			- Polimodal	15 ☐	16 ☐
• Superior o universitario	06 ☐	07 ☐			

☐ ¿Cuál es su edad? (años cumplidos)

• Años _____

☐ La madre convive en pareja?

(ya sea casada o en unión de hecho)

Si 1 ☐ → Responder Preg. 24, 25 y 26 con los datos del padre exclusivamente

No 2 ☐ → 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 ESTA INSCRIBIENDO

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

• Nunca asistió	01 ☐				
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo	S.E. Reformado	Incompleto	Completo
Primario	02 ☐	03 ☐	- Ciclos EGB (1ro. y 2do)	11 ☐	12 ☐
Secundario	04 ☐	05 ☐	- Ciclo EGB 3ro.	13 ☐	14 ☐
			- Polimodal	15 ☐	16 ☐
• Superior o universitario	06 ☐	07 ☐			

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

☐ ¿Cuál es su situación laboral?

• Trabaja o está de licencia	1 ☐
• No trabaja	☐ Busca trabajo 2 ☐ ☐ No busca trabajo 3 ☐

☐ ¿Cuál es su ocupación habitual?

COMPLETAR EN CASO DE SER MENOR DE 1 AÑO (sólo para fallecidos que no tienen un año cumplido)
DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MÉDICO

☐ ¿Cuál fue el peso del niño al nacer?

• Gramos _____

☐ ¿Cuál fue su peso al morir?

• Gramos _____

29 Nació de un embarazo ...

• Simple 1 ☐ → Ir a pregunta siguiente

• Múltiple 2 ☐ → el que ☐ niños vivos, y produjo ☐ defunciones fetales

30 ¿Cuántas semanas completas duró la gestación?

• semanas completas _____

31 ¿En que 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 ☒ Otro 2 ☐

Apellido y Nombre Gonzalez Matricula Profesional N° 1948

Domicilio Bahia Calle ... N° ...

Profesional: ... Localidad: ... Teléfono: ...

Firma ...

Sello ...

ACTA N°

FOLIO N°

TOMO N°

CERTIFICADO DE DEFUNCION

(RESERVADO PARA EL REGISTRO CIVIL)

El suscrito Dr. Concepción María Fariña
 CERTIFICA que Don Roberto José María de sexo M Estado civil viudo
 Nombre del cónyuge Concepción María Profesión del fallecido Libre
 Domiciliado en San Juan calle San Juan N° 171
 del Departamento San Juan de la Provincia de San Juan
 de 76 años de edad - LE/LC/D.N.I N° 8018556
 Cedula de identidad N° 8018556 Expedida por la Policía de San Juan
 de nacionalidad Argentina hijo de Pro. José María y de doña Roberto Fariña
 ha fallecido por causas naturales
 en (lugar de fallecimiento) San Juan
 el día 05 del mes de Mayo de 2025 a horas 1:30
 lo que consta por verificación de la vida

(Haberle asistido o reconocido el cadáver)

OTORGADO EN San Juan
 a los 05 días del mes de Mayo de 2025

IMP. DIST. COMEZ
 VECTOR EN AL. J. J. J.
 DE A. P. S. REG. VI
 M. P. 2547

Sello aclaratorio

Firma del Médico

DATOS DEL MEDICO

Nombre y Apellido Concepción María Fariña
 Domicilio: calle San Juan N° 171 teléfono N° -
 N° de matrícula profesional 2242 folio - tomo -