

Los datos suministrados con este formulario son secretos y sólo serán utilizados con fines estadísticos y en compilaciones de conjunto (Ley Nac. 17622 y Ley Prov. 2551)

DISTRIBUCIÓN GRATUITA

Importante:

El presente informe sólo tiene validez estadística, por lo que no tiene efectos legales (ni para la obra social, ni seguros, ni juicios de ningún tipo).

PROGRAMA NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DE SALUD

Imprenta del Estado - Catamarca

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN				09.04 / 2025	
PARA USO EXCLUSIVO DEL REGISTRO CIVIL PROVINCIA DE CATAMARCA				Tipo y Número de Documento	
Seccional	Registrado bajo Acta N°	Tomo:	Folio:	LC, LE, DNI N°	
PARA USO EXCLUSIVO DEL PROFESIONAL					
Certifico que: <u>Malebrán Tallesio Camarero</u>				de sexo M ☐ F ☒	
Nacido el Día <u>05</u> Mes <u>08</u> Año <u>1952</u> en <u>Mitiquines</u>					
Domicilio real en Calle N° <u>Libertad 207</u>		Localidad <u>Chilecito</u>		Provincia <u>La Rioja</u>	
ha fallecido en: Su Domicilio ☐ Establecimiento Asistencial ☒ Otro ☐ Calle N° <u>365</u>		Motivo <u>365</u>			
Localidad: <u>Catamarca</u> El Día <u>15</u> Mes <u>03</u> Año <u>2025</u> a horas <u>16:05</u>		Enfermedad ☒ Suicidio ☐			
a causas de: <u>Paro Cardíaco</u>		Accidente ☐ Homicidio ☐			
causas antecedentes: <u>Hipertensión</u>		Se ignora ☐			
Fecha de Expedición: Día <u>15</u> Mes <u>03</u> Año <u>2025</u>		Dejo constancia que los datos referidos los obtuve por haber asistido al paciente ☒			
a horas <u></u>		Reconocido el cadáver ☐ o referencia de terceros ☐			
Datos del Médico o Agente Sanitario Habilitado		Nombre y Apellido: <u>Dr. Rodrigo Díaz</u>		Firma: <u>Dr. Rodrigo Díaz</u>	
Domicilio en Calle: <u>Person</u>		N° <u>365</u>		Localidad <u>Catamarca</u>	
Teléfono: <u></u>		Matrícula Profesional Provincial N° <u>2454</u>		MÉDICO - M.P. 2551	
1) Certificado por autoridad sanitaria de la jurisdicción				Observaciones:	
Firma: <u></u> Sello: <u></u>					

1) El certificado de defunción extendido por agente sanitario deberá ser certificado por la autoridad sanitaria de la jurisdicción respectiva. (Art. 62 segundo párrafo)

INFORME ESTADÍSTICO DE LA DEFUNCIÓN				09.04 / 2025	
Para la Dirección Provincial de Estadística y Censos					
DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL				1 Fecha de Inscripción	
2 Departamento		3 Delegación o Registro Civil		Día Mes Año	
				Tomo Folio Acta	
DATOS DE LA DEFUNCIÓN (SOLO PARA FINES ESTADÍSTICOS Y A SER LLENADO SOLO POR EL MÉDICO CERTIFICANTE)					
5 Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le produjo la muerte? Si 1 ☒ No 2 ☐ → Pasar a Preg. 7			6 Lo atendió el médico que suscribe Si 1 ☒ No 2 ☐		
7 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.					
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 lo produjo.					
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, por ejemplo: caída de andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicotrópico, etc... Si fue accidentada se transporta indicando el tipo de vehículo y si el fallecido era peatón, conductor, pasajero etc...					
c) Lugar donde ocurrió el hecho:					
d) Se realizó autopsia: Si ☐ No ☐ Resultado: <u></u>					
9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS			Estuvo embarazada en los últimos doce meses? Si 1 ☐ No 2 ☐ Se ignora 9 ☐		
			Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo		
			Día Mes Año		
DATOS DEL FALLECIDO					
Apellido/s: <u>Malebrán</u>		Nombre/s: <u>Tallesio Camarero</u>		Tipo y Número de Documento	
				LC, LE, DNI N° <u>10625008</u>	
10 LUGAR DE NACIMIENTO		11 Fecha de Nacimiento			
Departamento: <u>Mitiquines</u>		Día <u>05</u> Mes <u>08</u> Año <u>1952</u>			
Provincia: <u>La Rioja</u>		12 Fecha de Defunción			
País: <u>Argentina</u>		Día <u>15</u> Mes <u>03</u> Año <u>2025</u>			
13 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)		Años <u>72</u>		14 Sexo	
Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar solo los años		Meses <u></u> Días <u></u>		Masculino 1 ☐	
Si la edad es de 1 día o más pero menor de un año, consignar sólo meses y días		Horas <u></u> Minutos <u></u>		Femenino 2 ☒	
Si la edad es de 1 día, indicar horas y minutos				Indeterminado 3 ☐	
15 Ocurrió en...		Nombre del establecimiento: <u>Salvatorio</u>			
● establecimiento de salud público		1 ☐			
● Establecimiento privado, obra social etc...		2 ☒			
● Vivienda (domicilio) particular		3 ☐			
● Otro lugar (vía pública, transportes, etc.)		4 ☐			
		Pasar a Preg. 16			
16 Domicilio donde se produjo: Calle y N°/Ruta y Km. <u>Libertad 207</u>		Departamento: <u>Capital</u>			
Localidad / paraje: <u>Chilecito</u>		Provincia: <u>Catamarca</u>			
Municipio: <u>Chilecito</u>		País: <u>Argentina</u>			
17 Vivía habitualmente en: Calle y N°/Ruta y Km. <u>Libertad 207</u>		Departamento: <u>Capital</u>			
Localidad / paraje: <u>Chilecito</u>		Provincia: <u>Catamarca</u>			
Municipio: <u>Chilecito</u>		País: <u>Argentina</u>			
18 Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)					
● Obra social 1 ☐ ● Plan de salud privado o mutual 2 ☐ ● Plan o seguro público 3 ☐ ● Más de uno 4 ☐ ● Ninguno 5 ☐					

Dr. Rodrigo Díaz
MÉDICO - M.P. 2551

Continúa al dorso

PARA USO EXCLUSIVO DEL REGISTRO CIVIL PROVINCIA DE CATAMARCA
DATOS COMPLEMENTARIOS DEL FALLECIDO

Nacionalidad _____ Estado Civil _____ Profesión _____

Lugar de Nacimiento:
Localidad/paraje _____ Fecha de Nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____

Departamento _____ Provincia _____

Nombre y apellido de la madre _____ Nombre y apellido del padre _____

DATOS DEL DECLARANTE

Apellido/s _____ Nombre/s _____ Tipo y Número de Documento
LC, LE, DNI N°: _____

Domicilio:
Calle N° / Ruta y Km. _____ Localidad / Paraje _____

Departamento _____

Provincia _____ País _____

DECLARANTE
Firma _____

PARA FALLECIDOS MAYORES DE 14 AÑOS (INCLUSIVE)

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

20 Cuál era su situación laboral?

Trabajaba o estaba de licencia 1 ☐

No trabajaba [Buscaba trabajo 2 ☐

[No buscaba trabajo 3 ☐

21 Cuál era su ocupación habitual?
(Describir exactamente la tarea que realizaba. Ej: Atendía a los clientes de su almacén)

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

DATOS DE LA MADRE

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

23 Cuál es su edad?
(años cumplidos)

● Años _____

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

Si 1 ☐ → Responder pregunta 25, 26 y 27 con los datos del padre exclusivamente.

No 2 ☐ → Pasar a Preg. 26 y 27 y responderlas con los datos de la madre exclusivamente.

DATOS DEL PADRE

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

DATOS DEL PADRE/MADRE

26 Cuál era su situación laboral?

Trabajaba o estaba de licencia 1 ☐

No trabajaba [Buscaba trabajo 2 ☐

[No buscaba trabajo 3 ☐

27 Cuál era su ocupación habitual?
(Describir exactamente la tarea que realizaba. Ej: Atendía a los clientes de su almacén)

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

DATOS PARA SER LLENADOS POR EL MÉDICO

28 Filiación

Matrimonial 1 ☐

Extramatrimonial 2 ☐

Se Ignora 9 ☐

29 Cuál fue el peso del niño al nacer

● Gramos _____

30 Cuál fue el peso al morir

● Gramos _____

31 Nació de un embarazo...

Simple 1 ☐ → ir a pregunta siguiente

Múltiple 2 ☐ → el que _____ niños vivos, y

Produjo _____ defunciones fetales

32 Cuántas semanas completas duró la gestación?

● semanas completas _____

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

Día _____ Mes _____ Año _____

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

● Embarazos _____

35 Entre todos estos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos tuvo?

_____ y cuantas defunciones fetales? _____

PERSONA QUE CUMPLIMENTA EL INFORME

Médico 1 ☒ Nombre y Apellido: Dr. Rodrigo Díaz

Otro 2 ☐ Domiciliado en Calle: Yacaré N°: 365 Localidad: Catamarca

Teléfono: _____ Matricula Profesional Provincial N°: 2954

Firma: Dr. Rodrigo Díaz

Sello: MÉDICO - M.P. 2954