

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

SOLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MÁS

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 ☐	Incompleto	03 ☒	Completo
• S.E. No reformado	02 ☐		04 ☐	
- Primario	03 ☐		05 ☐	
- Secundario	04 ☐		06 ☐	
• Superior o universitario	05 ☐		07 ☐	

S.E. Reformado

- Ciclos EGB (1º y 2º)	11 ☐	Incompleto	12 ☐	Completo
- Ciclo EGB 3º	13 ☐		14 ☐	
- Polimodal	15 ☐		16 ☐	

19 ¿Cuál era su situación laboral?

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

20 ¿Cuál era su ocupación habitual?

Obrero, es decir
El Anillo Obrero

SOLO PARA LOS 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 ☐	Incompleto	03 ☐	Completo
• S.E. No reformado	02 ☐		04 ☐	
- Primario	03 ☐		05 ☐	
- Secundario	04 ☐		06 ☐	
• Superior o universitario	05 ☐		07 ☐	

S.E. Reformado

- Ciclos EGB (1º y 2º)	11 ☐	Incompleto	12 ☐	Completo
- Ciclo EGB 3º	13 ☐		14 ☐	
- Polimodal	15 ☐		16 ☐	

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 p. 3 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 ☐	Incompleto	03 ☐	Completo
• S.E. No reformado	02 ☐		04 ☐	
- Primario	03 ☐		05 ☐	
- Secundario	04 ☐		06 ☐	
• Superior o universitario	05 ☐		07 ☐	

S.E. Reformado

- Ciclos EGB (1º y 2º)	11 ☐	Incompleto	12 ☐	Completo
- Ciclo EGB 3º	13 ☐		14 ☐	
- Polimodal	15 ☐		16 ☐	

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

25 ¿Cuál es su situación laboral?

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

26 ¿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

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 pregunta siguiente

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

30 ¿Cuántas semanas completas duró la gestación?

• semanas completas

31 En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa a 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 CUMPLIMENTÓ EL INFORME

Médico 1 ☐

Otro 2 ☐

Apellido y nombre: Melón P. H. A. A.

Matrícula Profesional N° 1856

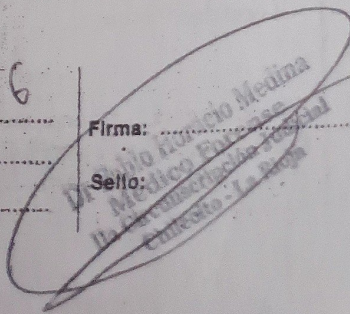
Domicilio Profesional: Calle:

Localidad:

Tel.:

Firma:

Sello:



ACTA N°

FOLIO N°

TOMO N°

CERTIFICADO DEFUNCION

(RESERVADO PARA EL REGISTRO CIVIL)

El suscripto Dr. Medina Pablo Horacio CERTIFICA
 que don: Aciares Patricia Hernandez M de sexo: M Estado Civil: Conviviente Nombre
 del Cónyuge: GOZMAN David Profesión del fallecido: EMPLEADO PUBLICO Domiciliado
 en: Santo Marcos Calle: La Joya
 N° 32 del Departamento: Villavicencio de la Provincia de: Cajamarca de:
UC años de edad - L.E./L.C./D.N.I. N° 27.035.255
 Cédula Identidad N°: Algesta Expedida por la Policía de: Doña P. Sca.
 de nacionalidad: Algesta Hijo de: Aciares Patricia de doña: PCR
Casilda ha fallecido por:
 en (lugar fallecimiento): Villa Unión
 el día 9 del mes de: Marzo de 2025 a las horas 10 hs lo que
 consta por: Haber reconocido el cadáver OTORGADO
 EN: Villa Unión
 a los: 10 días del mes de: Marzo de 2025

FIRMA DEL MEDICO: Medina Pablo Horacio
 SELLO ACLARATORIO: Médico Forense
Chilecito - La Rioja

DATOS DEL MEDICO

APELLIDO Y NOMBRES: Medina Pablo Horacio
 DOMICILIO: Calle: C. N. 15 N°: 250 Teléfono N°: 6710971
 MATRICULA PROFESIONAL N°: 187C FOLIO: TOMO:

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

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

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

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 sólo por el médico certificante)

5 Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a 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 la 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 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.			
Acción de moto en moto.			
9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS		Estuvo embarazada en los últimos 12 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		Nombre/s	
A. C. C. I. E. S.		P. H. R. A. C. I. O. H. E. R. N. A. N. D. E. Z.	
10 Fecha de la defunción	Día Mes Año	11 Fecha de nacimiento	Día Mes Año
	09/10/2012		16/12/1978
12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)		13 Sexo	
• Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años		Masculino 1 ☐ Femenino 2 ☐ Indeterminado 3 ☐	
• Si la edad es de 1 día o más, pero menor de un año consignar sólo meses y días			
• Si la edad es menor de 1 día. Indicar horas y minutos			
14 Ocurrió en ...		Nombre del establecimiento:	
1 ☐ Establecimiento de salud público 2 ☐ Establecimiento privado, obra social, etc. 3 ☐ Vivienda (domicilio) particular 4 ☒ Otro lugar (vía pública, hogar ancianos, etc.)		No usar	
15 Domicilio donde se produjo: Calle y N°/Ruta y km.		No usar	
Localidad/Paraje: Villa Unión		Departamento o Partido: In. 2010	
Provincia: In. 2010		No usar	
16 Vivía habitualmente en: Calle y N°/Ruta y km.		No usar	
Localidad/Paraje: Villa Unión		Departamento o Partido: In. 2010	
Provincia (o país para extranjeros): In. 2010		No usar	
17 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 ☐ • Ambos 3 ☐ • Ninguno 4 ☐			

continúa al dorso →

Digo villa union

Pablo Horacio Medina
Médico Forense
Circunscripción Judicial
Buenos Aires