

# Informe Estadístico de DEFUNCION

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

## DATOS PARA SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

1 Departamento o Partido	2 Delegación o Registro Civil	Número	3 Fecha de Inscripción	Día	Mes	Año
			4 Torno	Folio	Acta	

## DATOS DE LA DEFUNCIÓN (Solo 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 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → pasar a Preg 7	6 ¿Lo atendió el médico que suscribe?	SI 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------------------------------------

### 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

a) <u>Paso Cardíaco Repentino</u>	Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte
b) <u>DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <u>gripa (influenza)</u></u>	
c) <u>DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <u>neumonia</u></u>	

### 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 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: \_\_\_\_\_

7 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS

-Estuvo embarazada en los últimos doce meses? SI 1  No 2  continuar Se ignora 9  abajo

8 Cual fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año

## DATOS DEL FALLECIDO

9 DNI: 49256111

Apellido/s: Andrades Nombre/s: Diego Renato

10 Fecha de la defunción Día Mes Año 19 11 2004

11 Fecha de nacimiento Día Mes Año 11 02 1974

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

• Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar solo los años 30 Años

• Si la edad es de 1 día o más, pero menor de un año, consigna sólo meses y días Meses    Días   

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

13 Sexo Masculino 1  Femenino 2  Indeterminado 3

14 Ocurrió en... Nombre del establecimiento

• Establecimiento de salud público 1  →

• Establecimiento privado, obra social, etc. 2  → Clinica de la Uca

• Vivienda (domicilio particular) 3  pasar a

• Otro lugar (vía publica, transportes, etc.) 4  Preg. 15

15 Domicilio donde se produjo:

Provincia (o país para extranjeros) La Rioja

Departamento o partido Chauvel Localidad/Paraje: Chauvel

Calle/Ruta: 20 de junio Nro./Km. 600 Barrio: Cebal

16 Vivía habitualmente en:

Provincia (o país para extranjeros) La Rioja

Departamento o partido Chauvel Localidad/Paraje: Chauvel

Calle/Ruta: 20 de junio Nro./Km. 517

Barrio:    Efactor de salud mas cercano:   

17 Pertenece o está asociada a: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MAS**

1. 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 checked="" type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	- Ciclos EGB (1ro. y 2do)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	- Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
			- Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
• Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>			

2. Cuál es su situación laboral?

• Trabaja o está de licencia	1 <input type="checkbox"/>
• No trabaja	2 <input type="checkbox"/>
[ Busca trabajo	3 <input type="checkbox"/>
[ No busca trabajo	

3. Cuál es su ocupación habitual?

Justo de

**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**

DNI Madre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

4. 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"/>	- Ciclos EGB (1ro. y 2do)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	- Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
			- Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
• Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>			

5. Cuál es su edad? (años cumplidos)

Años: \_\_\_\_\_

6. 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**

7. 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"/>	- Ciclos EGB (1ro. y 2do)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	- Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
			- Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
• Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>			

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

8. Cuál es su situación laboral?

• Trabaja o está de licencia	1 <input type="checkbox"/>
• No trabaja	2 <input type="checkbox"/>
[ Busca trabajo	3 <input type="checkbox"/>
[ No busca trabajo	

9. 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**

10. Cuál fue el peso del niño al nacer?	11. Cuál fue su peso al morir?
• Gramos: _____	• Gramos: _____
12. Nació de un embarazo ...	13. Cuántas semanas completas duró la gestación?
• Simple 1 <input type="checkbox"/> → ir a pregunta siguiente	• semanas completas: _____
• Múltiple 2 <input type="checkbox"/> → el que _____ niños vivos, y produjo _____ defunciones fetales	14. En que fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño?
	Día: _____ Mes: _____ Año: _____
15. Contando hasta el de este niño, inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre? • embarazos: _____	16. Entre todos estos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos tuvo? _____
	- y cuántas defunciones fetales? _____

**PERSONA QUE CUMPLIMENTA EL INFORME**

Médico 1 <input checked="" type="checkbox"/>	Otro 2 <input type="checkbox"/>	Apellido y Nombre: <u>Eusebio Ereno</u>	Matrícula Profesional N°/DNI: <u>1464</u>	Firma: _____
		Domicilio Profesional: Calle <u>H. Spuyen</u>	N° <u>60</u>	Sello:
		Teléfono: <u>423232</u>		

ACTA N°

FOLIO N°

TOMO N°

CERTIFICADO DEFUNCION

(RESERVADO PARA EL REGISTRO CIVIL)

El suscripto Dr. Eusebio Rosara CERTIFICA  
 que don: Andrés Olpe Pino de sexo F Estado Civil Viuda Nombre  
 del Cónyuge: María del Angel Profesión del fallecido: Jubilada Domiciliado  
 en: Chauca Calle: Buen Aires  
 N° 517 del Departamento: Chauca de la Provincia de: La Paz de:  
80 años de edad - L.E./L.C./D.N.I. N° 4525611  
 Cédula Identidad N°: ..... Expedida por la Policía de:  
 de nacionalidad: Argentina Hijo de: ..... y de doña: Emilia Andrade  
 ..... ha fallecido por: Paro Cardíaco Repentino  
 en (lugar fallecimiento) Ciudad de Cochabamba  
 el día 05 del mes de: Diciembre de 2024 a las horas 17 lo que  
 consta por: Habermelo asistido OTORGADO  
 (Haberle asistido o reconocido el cadáver)  
 EN: Chauca  
 a los: 05 días del mes de: Diciembre de 2024

FIRMA DEL MEDICO:

SELLO ACLARATORIO:

*Rosana A. Eusebio*  
 Dra. Médica Cirujana  
 M.P. 1464

DATOS DEL MEDICO

APELLIDO Y NOMBRES: Eusebio Rosara  
 DOMICILIO: Calle: Urupa N°: 60 Teléfono N°: 423232  
 MATRICULA PROFESIONAL N°: 1464 FOLIO: ..... TOMO: .....