

**CERTIFICACIÓN PARA REGISTRO CIVIL**  
PROVINCIA DE SAN LUIS

REGISTRO EN:

TOMO:      FOLIO:      ACTA:     

Años  
 Meses  
 Días  
 Horas

PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO

Certifico que Ami (Salvedad): Severo Isidoro Amiola de sexo Masculino de 92 años  
(Nombre y apellido del fallecido)

Doc. de Identidad Nº 6707315 Hijo de      y de     

Estado civil Cesado Domiciliado en Rene Jera 83 casa 59 San Alberto, Cordoba ha fallecido a las 18:30 horas

El (Fol.) 14 / (mes) 04 / (año) 2025 A causa Parcocondiocardio patológico

En Autopista Suces Pájaros Km 782 Juana Koslay  Establecimiento Asistencial  Su domicilio  Otro

Deja constancia que los datos los obtuvo por  Haber asistido al paciente  Practicado persona legal y/o referencias de terceros  Haber renunciado al cadáver

Datos del Médico:  
Nombre y apellido: Roberte Camila  
Domicilio Profesional: Autopista Suces Pájaros Km 782 Juana Koslay  
Teléfono Nº:      Matrícula Profesional: 11468

*Camila Roberte Baeza*  
Médica  
Firma Mat. P - 11468

SAN LUIS | Ministerio de Salud  
La Provincia | de Salud

**DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y BIOESTADÍSTICA**  
SERVICIO ESTADÍSTICAS VITALES  
SAN LUIS - TEL. (0266) 4452000 Int. 3531 - 3123 - 3090

Nº: 0053500  
IEDG V.1

1- Departamento o Partido:      2- Delegación o Registro Civil:      Número:      3- Tomo:      Folio:      Acta:     

**DATOS DE LA DEFUNCIÓN (Sólo para fines estadísticos y a ser llenado sólo por el médico certificante)**

4- Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a la muerte? Si  No  pasar a Preg. 5

5- ¿Lo atendió el médico que suscribe? Si  No

6- CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente. Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte:     

Causas antecedentes. Si estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, 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) Parcocondiocardio patológico

b) Debido a (o como consecuencia de) Sepsis

c) Debido a (o como consecuencia de) Infección bacteriana respiratoria y pulmonar

HTA, diabetes mell.

7- EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente) a) Indicar si fue por: Accidente  Suicidio  Homicidio  Se ignora

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 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:     

8- PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS - Estuvo embarazada en los últimos doce meses? Si  NO  Se ignora  ¿Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día:      Mes:      Año:     

Apellido/s y Nombre/s: Amiola Severo Isidoro DNI: 667073115

9- Ocurrió en:  Establecimiento de salud pública  Establecimiento privado, obra social, etc.  Vivienda (domicilio) particular  Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) Nombre del establecimiento: Hospital central Ramón  
Camila

10- Lugar donde se produjo la defunción: Calle: Autopista Suces Pájaros Km 782 Localidad: Juana Koslay Departamento:      Provincia: San Luis

11- Fecha de inscripción: Día:      Mes:      Año:     

12- Fecha de Nacimiento: Día: 08 Mes: 11 Año: 1932

13- Fecha de la Defunción: Día: 14 Mes: 04 Año: 2025

14- Sexo: Masculino  Femenino  Indeterminado

15- Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda): Años: 92 Meses:      Días:      Horas:      Minutos:     

16- Residencia Habitual: Calle: Rene Jera Barrio:      Mzna: 83 Casa: 59 Rúa, kilómetro para ubicar el domicilio en caso que no tuviera nombre y numeración la casa:      Localidad: San Pedro Departamento: San Alberto Provincia (o País para extranjero): Cordoba

COMPLETAR AL DORSO →

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  -Ninguna 4

18- ¿Cuál es el máximo nivel de Instrucción que alcanzó?:  
 (marcar en el que corresponda una sola casilla)

		Incompleto	Completo
	- Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>
- NUNCA ASISTIÓ 01 <input type="checkbox"/>	- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
	- Superior o Universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>

19- ¿Cuál era su situación laboral?  
 -Trabaja 1  -Desocupado que busca trabajo 2  - Ama de casa 3  - Menor a cargo 4  - Estudiante 5   
 -Jubilado 6  -Desocupado que no busca trabajo 7  - Discapacitado 8  - Otros 9

20- ¿Cuál era su ocupación habitual? [ ] [ ] [ ] [ ]

**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 ESTA INSCRIBIENDO:

Apellido/s Nombre/s ..... DNI. ....

21- ¿Cuál es el máximo nivel de Instrucción que alcanzó?:  
 (marcar en el que corresponda una sola casilla)

		Incompleto	Completo
	- Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>
- NUNCA ASISTIÓ 01 <input type="checkbox"/>	- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
	- Superior o Universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>

22- EDAD DE LA MADRE: Años cumplidos [ ] [ ] [ ] [ ]

23- ¿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 la 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:

Apellido/s y Nombre/s ..... DNI. ....

24- ¿Cuál es el máximo nivel de Instrucción que alcanzó?:  
 (marcar en el que corresponda una sola casilla)

		Incompleto	Completo
	- Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>
- NUNCA ASISTIÓ 01 <input type="checkbox"/>	- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
	- Superior o Universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>

25- ¿Cuál es su situación laboral?  
 -Trabaja 1  -Desocupado que busca trabajo 2  - Ama de casa 3  - Menor a cargo 4  -Estudiante 5   
 -Jubilado 6  -Desocupado que no busca trabajo 7  - Discapacitado 8  - Otros 9

26- ¿CUÁL ES SU OCUPACION HABITUAL? [ ] [ ] [ ] [ ]

**COMPLETAR EN CASO DE SER MENOR DE 1 AÑO ( Solo para fallecidos que no tienen un año completo)**

27- PESO AL NACER Gramos [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

28- PESO AL MORIR Gramos [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

29- Nació de un parto  
 -Simple 1  Ir a pregunta 30 { [ ] niños vivos  
 -Multiple 2  El que produjo { [ ] defunciones fetales

30- ¿Cuántas semanas completa duró el embarazo?  
 -Semanas completas [ ] [ ] [ ] [ ]

31- ¿En qué 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 éstos embarazos:  
 ¿cuántos nacidos vivos tuvo? [ ] [ ] [ ] [ ]  
 ¿cuántos fetales? [ ] [ ] [ ] [ ]

**PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME**

MÉDICO  OTROS

Apellido y nombre: Roblete Conila Matricula profesional: 11468  
 Domicilio profesional Calle: Autopista Suroeste Putumayo N° 782  
 Localidad: Jump Kaskay Telefono: \_\_\_\_\_  
 E-mail del profesional: \_\_\_\_\_

*FAMILIA ROBLETE CONILA*  
*María P. 11468*  
 Sello

\* Los datos del siguiente informe están amparados por el Secreto Estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional N° 17.622.