

MINISTERIO DE SALUD Av. Vélez Sarsfield 2300 Acta N° Folio N°
DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA Tel/Fax: 4688636 Tomo Berle

estadistica.salud@cba.gov.ar

El suscrito Dr. Brunella Bertazzo certifica haber comprobado el fallecimiento de
Juan Carlos Pérez de 75 años de edad, domiciliado en
 Calle Juan Francisco Quiroga N° 5/10 Localidad Santa Rita de Cotacachi D.N.I. 112013792
 Fecha del deceso 30 de mayo 2015 Hora del deceso 22:50
 Causa inmediata de la muerte Shock cardiogénico irreversible

DRA. BRUNELLA BERTAZZO
 Médica Esp. en Cardiología
 Colegiada P. 37224

Firma del médico [Firma] Matrícula 3724

INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN (datos preparados por el Comité Estadístico Córdoba 2015/15/15/15/15)

DATOS PARA SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

1 Fecha de inscripción Día Mes Año

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 por el médico certificante)

5 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte? SI 1 NO 2 → Pasar a Preg 17

6 ¿Lo atendió el médico que suscribe? SI 1 NO 2

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.
 Causas antecedentes
 Estados morbosos, si existiera alguno, que le produjo la causa amba 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) Shock cardiogénico irreversible
 b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Arritmia ventricular maligna
 c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Shock tóxico

Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte

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, hendo de arma de fuego, intoxicación por psicotropicos, etc. Si fue accidente de transporte indicar el tipo de vehículo y si el fallecido era peatón, conductor, acompañante o pasajero, etc.

c) Lugar donde ocurrió el hecho

9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS Estuvo embarazada en los últimos 12 meses? SI 1 NO 2 Se ignora → continuar abajo

Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año

DATOS DEL FALLECIDO (podrá ser cumplimentado por el Registro Civil) DNI:

Apellidos Pérez Nombre/s Juan Carlos

10 Fecha de la defunción Día Mes Año 30/05/2015 11 Fecha de nacimiento Día Mes Año 11/3/1940

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)
 Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar solo los años 75
 Si la edad es de 1 año, pero menos de un año consignar solo meses y días
 Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos

13 Sexo Masculino Femenino Indeterminado

14 Ocurrió...
 Establecimiento de salud público 1
 Establecimiento privado, obra social, etc. 2
 Vivienda (domicilio) particular 3
 Otro lugar (vía pública, hogar ancianos, etc.) 4 → Pasar a Preg 15

Nombre del establecimiento: Hospital Privado

15 Domicilio donde se produjo: calle y N° / Barrio / Ruta y Km. N2600m Quiroga 346
 Localidad / paraje: Córdoba Departamento o Partido Central
 Provincia o país (para extranjeros) Córdoba

16 Indique residencia habitual (puede no coincidir con el DNI), si vivía en: calle y N° / Barrio / Ruta y Km. Juan Francisco Quiroga 5/10 - Barrio (Cotacachi)
 Localidad / paraje: Santa Rita de Cotacachi Departamento o Partido General Arenales
 Provincia o país (para extranjeros) Córdoba

17 Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de 1 año, completar con los datos de la madre)
 Obra Social 1 Plan de salud privado o mutual 2 Ambos 3 Ninguno 4

Sin validez legal para trámites (Ley Nacional N° 17622)

SOLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MAS

DATOS DEL FALLECIDO

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 <input type="checkbox"/>		* S.E. Reformado	Incompleto	Completo
* S.E. No reformado	Incompleto	Completo	* S.E. Reformado	Incompleto	Completo
Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	* Ciclo EGB (1° y 2°)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input checked="" type="checkbox"/>	* Ciclo EGB (3°)	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
* Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>	* Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>

19 ¿Cuál era su situación laboral? Orden N°

* Trabajaba o estaba de licencia	01 <input type="checkbox"/>
* No trabajaba	02 <input type="checkbox"/>
Buscaba trabajo	03 <input type="checkbox"/>
No buscaba trabajo	03 <input checked="" type="checkbox"/>

20 ¿Cuál era su ocupación habitual?

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 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 <input type="checkbox"/>		* S.E. Reformado	Incompleto	Completo
* S.E. No reformado	Incompleto	Completo	* S.E. Reformado	Incompleto	Completo
Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	* Ciclo EGB (1° y 2°)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	* Ciclo EGB (3°)	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
* Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>	* Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>

22 ¿Cuál es su edad? (años cumplidos) **23** ¿La madre convive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho)

Años: SI → Responder Preg **24**, **25** y **26** Con los datos del padre 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 <input type="checkbox"/>		* S.E. Reformado	Incompleto	Completo
* S.E. No reformado	Incompleto	Completo	* S.E. Reformado	Incompleto	Completo
Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	* Ciclo EGB (1° y 2°)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	* Ciclo EGB (3°)	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
* Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>	* Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>

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

25 ¿Cuál era su situación laboral?

* Trabajaba o estaba de licencia	1 <input type="checkbox"/>
* No trabajaba	2 <input type="checkbox"/>
Buscaba trabajo	3 <input type="checkbox"/>
No buscaba trabajo	3 <input type="checkbox"/>

26 ¿Cuál era su ocupación habitual?

COMPLETAR EN CASO DE SER MENOR DE 1 AÑO (Solo para fallecidos que no tienen 1 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 la pregunta siguiente

* Múltiple 2 → el que produjo Niños vivos defunciones fetales

30 ¿Cuántas semanas completas duró la gestación?

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 estos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos tuvo? ¿Y cuántas defunciones fetales?

PERSONA QUE CUMPLIMIENTO EL INFORME

Médico 1 <input checked="" type="checkbox"/>	Apellido y nombre: <u>Bertazzo Brunella</u>	Matrícula Profesional N° <u>37221</u>	Firma: _____
Otro 2 <input type="checkbox"/>	Domicilio Profesional: Calle <u>Arce y Urquiza</u>	N° <u>346</u>	Sello: _____
	Localidad: <u>Córdoba</u>	Tel: <u>351-4689200</u>	

HOSPITAL PRIVADO
 Universitario de Córdoba

DR. BRUNELLA BERTAZZO
 Médica Esp. en Cardiología
 M.P. 37221

HOSPITAL PRIVADO
 Universitario de Córdoba