

129

ACTA N°

FOLIO N°

TOMO N°

CERTIFICADO DEFUNCION

(RESERVADO PARA EL REGISTRO CIVIL)

El suscripto Dr.: ALDANIZ CARLOS JOUJY CERTIFICA
 que don: a. E. Carlos Felipe Mercedes de sexo Femenino Estado Civil Casada Nombre
 del Cónyuge: Bonita A. ... Profesión del fallecido: Amo de Casa Domiciliado
 en: Milagros Calle: Av. de Mayo 515
 N° 9 del Departamento: La Paz de Caceres de la Provincia de: La Rioja de:
Sebastián J. ... años de edad - L.E.L.C./D.N.I. N° 5.1.5.3.811
 Cédula Identidad N°: ... Expedida por la Policía de: ...
 de nacionalidad: Argentino Hijo de: ... y de doña: Boleda Funes
... ha fallecido por: Poma Cordio Pericardio
 en (lugar fallecimiento) ...
 el día 21 del mes de: Diciembre de 2024, a las horas 12:30 lo que
 consta por: haberle asistido
 EN: Milagros (Haberle asistido o reconocido el cadáver) OTORGADO
 a los: 01 días del mes de: Diciembre de 2024

FIRMA DEL MEDICO: Dr. CARLOS Y ALAN
 SELLO ACLARATORIO: MEDICO CIRUJANO
M.P.1676

DATOS DEL MEDICO

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

SÓLO 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 <input type="checkbox"/>				
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo			
- Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>			
- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>			
• Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>			

S.E. Reformado	Incompleto	Completo
- Ciclos EGB (1 ^{ro} y 2 ^{do})	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
- Ciclo EGB 3 ^{ro}	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
- Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>

19 ¿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 checked="" type="checkbox"/>

20 ¿Cuál era su ocupación habitual?
Mano de obra

No usar

SÓLO 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 <input type="checkbox"/>				
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo			
- Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>			
- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>			
• Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>			

S.E. Reformado	Incompleto	Completo
- Ciclos EGB (1 ^{ro} y 2 ^{do})	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
- Ciclo EGB 3 ^{ro}	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
- Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>

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 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. No reformado	Incompleto	Completo			
- Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>			
- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>			
• Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>			

S.E. Reformado	Incompleto	Completo
- Ciclos EGB (1 ^{ro} y 2 ^{do})	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
- Ciclo EGB 3 ^{ro}	13 <input type="checkbox"/>	14 <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 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 <input type="checkbox"/>

26 ¿Cuál es su ocupación habitual?

No usar

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 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: *Alcázar Carlos Johnny*

Domicilio Profesional: Calle: *Av. 2^{da} de Mayo*

Localidad: *Neuloma*

Matrícula Profesional N°: *1676*

N°: *510*

Tel.: *3806-674012*

Firma: *Dr. CARLOS Y ALANIZ*

Sello: *MEDICO CIRUJANO M.P.1676*

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

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 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

I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente. [a] Poro Cordia Pericardica

II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo. [b] DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Alteración orgánica [c] DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Alteración orgánica

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, 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.

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 → continuar abajo

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

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s Zaldivo Nombre/s Felipe Perceval

10 Fecha de la defunción: Día Mes Año 11 Fecha de nacimiento: Día Mes Año

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)

- Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años: Años 76
- Si la edad es de 1 día o más, pero menor de un año consignar 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 ...

- Establecimiento de salud público 1
- Establecimiento privado, obra social, etc. 2
- Vivienda (domicilio) particular 3
- Otro lugar (vía pública, hogar ancianos, etc.) 4

Nombre del establecimiento: Hosp. Sepulchro Ponero

15 Domicilio donde se produjo: Calle y N°/Ruta y km: Carr. Bona

Localidad/Paraje: Melagro Departamento o Partido: Crdg. de C. C. C. Provincia: La Rioja

16 Vivía habitualmente en: Calle y N°/Ruta y km: Av. 25 de Mayo

Localidad/Paraje: Melagro Departamento o Partido: Crdg. de C. C. C. Provincia (o país para extranjeros): La Rioja

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