

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

Informe Estadístico de DEFUNCION

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17622)
Remitir a División Bioestadística - S.S.P. - San Juan

GOBIERNO DE
SAN JUAN

MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

1 Fecha de Inscripción Día Mes Año [] [] [] [] [] [] [] [] []		
2 Departamento [] [] []	3 Delegación o Registro Civil [] [] []	4 Número [] [] [] []

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

5 Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a la muerte? Si <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 → Pasar a Preg 7	6 Lo atendió el médico que suscribe? Si <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2
7 CAUSA DE LA DEFUNCION I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente a) <u>Paro Cardíaco profuso</u> b) <u>Co. en 2.º L. L. O.</u> c) <u>Co. en 2.º L. L. O. por embolia pulmonar</u> II) Otros estados patológicos señalados que contribuyeron a la muerte pero relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.	
8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente) a) Indicar si fué por: Accidente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> b) Como 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 fué 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 doce meses? Si <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 3	Cual fué la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año [] [] [] [] [] []

DATOS DEL FALLECIDO

1 Apellido/s <u>Godoy</u>	2 Nombre/s <u>Rosario Lafont</u>
10 Fecha de defunción Día Mes Año <u>10 03 2015</u>	11 Fecha de Nacimiento Día Mes Año <u>26 01 1957</u>
12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda) Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años. Si la edad es de 1 año o más, pero menor de un año, consignar sólo meses y días. Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos.	13 Sexo: Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Femenino <input type="checkbox"/> 2 Indeterminado <input type="checkbox"/> 3
14 Ocurrió en... Establecimiento de salud público <input type="checkbox"/> 1 Establecimiento privado, obra social, etc <input checked="" type="checkbox"/> 2 Vivienda (domicilio) particular <input type="checkbox"/> 3 Otro lugar (hogar, ancianos vía pública, etc) <input type="checkbox"/> 4 Preg 15 <input type="checkbox"/> 5	Nombre del establecimiento <u>Clínica San José Otazú</u>
15 Domicilio donde se produjo: calle y N° Ruta y Km: Localidad / Paraje <u>Cop. Top</u> Departamento <u>Cop. Top</u> Provincia <u>San Juan</u>	No usar [] [] [] []
16 Vivía habitualmente en: Calle y N° Ruta Y Km: Localidad / Paraje <u>San Juan</u> Departamento o Partido <u>Rosario (*)</u> Provincia <u>San Juan</u>	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 <input checked="" type="checkbox"/> Plan de Salud privado <input type="checkbox"/> 2 Ambos <input type="checkbox"/> 3	No usar [] [] [] []



IMPRESO EN IMPRENTA DEL M.S.P.

Dr. MARCELO SORI!
MÉDICO CIRUJANO
CLÍNICA MÉDICA
M.P. 3095

RESERVADO PARA EL REGISTRO CIVIL

El suscrito Dr. Marcelo Soria CERTIFICA que Don Adrián
Romero Lopez Domiciliado en: Bu Suar calle: San Luis Barba
N° 230 del Departamento en: Rosario de 67
años de edad - L.E/L.C./D.N.I. N° 13.520.815
Cédula de Identidad N°: - Expedida por la Policia de:
de nacionalidad Argentino Hijo de don: Leostion Soria de Soria
de doña: Martha Guizosa ha fallecido por:
por causas naturales
(habiendo asistido o reconocido el cadáver)
el día: 10 del mes de: Noviembre del 20 25 a las horas 10⁰⁰ h
Dirección donde se produjo el fallecimiento: Av. 912 (S) Cap. Top
lo que consta por: Acta de la familia
OTORGADO EN: Bu Suar
a: 10 días del mes de: Noviembre de 20 25

Impreso en imprenta de MSP

Dr. MARCELO SORIA
MÉDICO CIRUJANO
FIRMA DE MÉDICO
N.º 3095

DATOS DEL MÉDICO

APELLIDO Y NOMBRES: Marcelo Soria
DOMICILIO. Calle: Quil. Acha N° 566 (S) Teléfono N° 4211084
Matrícula Profesional N° 3095 Folio: Tomo:
Acta N° Folio: Tomo N°

24 Cuál es el máximo de instrucción que alcanza (marcar en el sistema educativo (S.E.) que correspondiera, una sola casilla)

-Nunca asistió	01 <input type="checkbox"/>				
-S.E. No reformado	incompleto	completo			
-Primario	02 <input type="checkbox"/>	04 <input type="checkbox"/>			
-Secundario	03 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>			
-Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>			

E. Reformado	incompleto	completo
-Ciclos EGB (1° y 2do.)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
-Ciclo EGB (3°)	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 corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE ESTA INSCRIBIENDO

25 Cuál era su situación laboral?

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

26 Cuál era su situación habitual?

_____ No usar

COMPLETAR EN CASO DE SER MENOR DE UN AÑO (Sólo para fallecidos que no tienen un año cumplido)

DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MEDICO

27 Cuál fué el peso del niño al nacer? _____ gramos

28 Cuál fué su peso al morir. _____ gramos

29 Nació de un embarazo...
Simple 1 → ir a la pregunta siguiente
Múltiple 2 → el que produjo niños vivos y defunciones fetales

30 Cuántas semanas completas duró la gestación?
semanas completas _____

31 En que 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?

33 Entre todos estos embarazos, cuántos hijos nacidos, vivos tuvo? _____ y cuántas defunciones fetales _____

Apellido y nombre: Marcelo Soria Matrícula Profesional N°: 3095
Domicilio Profesional: Quil. Acha N°: 566 (S)
Calle: Cap. Top Teléfono: 4211084
Localidad: _____

Médico
Otro

IMPRESO EN IMPRENTA DEL MSP