

Acta N°

Folio N°

Tomo N°

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

(RESERVADO PARA EL REGISTRO CIVIL)

El suscripto Dr. a FLORES ERICA
 CERTIFICA que don ADJ MARGARITA MARIA de sexo Femenino Estado Civil CASADA
 Nombre del Cónyuge: LUCIAN FRANCISCO Profesión del Fallecido: Jubilado
 Domiciliado en Bº HABITADO Calle: MARBONA
 N° 111 del Departamento: LA RIOJA de la Provincia de: LA RIOJA
 de: 69 años de edad - LE / LC / D.N.I. N° 12068583
 Cédula Identidad N° — Expedida por la Policía de: —
 de Nacionalidad: Argentina Hijo de: — y de Doña: —
— ha Fallecido por: Sepsis en estudio - Cáncer de
 en (lugar fallecimiento) Instituto Mercado Luna Hígado con
 el día: 19 del mes de: NOVIEMBRE de 20 24 a las horas: — HTS Pulmon
 lo que consta por haberle asistido ceresno
 OTORGADO EN: LA RIOJA (haberle asistido o reconocido el cadáver)
 a los 19 días del mes de NOVIEMBRE de 20 24

Dra. Erica Flores
 MEDICA
 M.P. 2700

FIRMA DEL MEDICO
 SELLO ACLARATORIO

DATOS DEL MEDICO

APELLIDO Y NOMBRES: FLORES ERICA
 DOMICILIO: Calle DEBERN N° 481 Teléfono N° 4160212
 MATRICULA PROFESIONAL N° MP 2700 FOLIO: — TOMO: —

Informe estadístico de Defunción

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17822)

DATOS PARA SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

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

DATOS DE LA DEFUNCION (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?		6 ¿Lo atendió el médico que suscribe?	
Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> → pasar a Preg. 7		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN			
I) Enfermedad o condición patológica que la 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		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte	
a) <u>Sepsis en estado</u> debido a (o como consecuencia de)			
b) <u>Neutropenia febril</u> debido a (o como consecuencia de)			
c) <u>Cancer de Uterus con</u> <u>MTS PAIN HONOR y cerebral.</u>			
8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)			
a) Indicar si fue 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 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:			
9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS			
Estuvo embarazada en los últimos doce meses?		Cuel fue la fecha de terminación de ese embarazo?	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/>		Día Mes Año	
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> → continuar abajo			

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s <u>ADI</u>		Nombre/s <u>MARGARITA</u>	
10 Fecha de defunción		11 Fecha de nacimiento	
Día Mes Año <u>19 11 2024</u>		Día Mes Año <u>28 10 7 1955</u>	
12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)			
- Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar solo los años <u>69</u> - Si la edad es de 1 día o más, pero menor de un año, consigna sólo meses y días - Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos			
13 Sexo			
Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/>			
14 Ocurrió en ...			
Establecimiento de salud público <input type="checkbox"/> Establecimiento privado, obra social, etc. <input checked="" type="checkbox"/> Vivienda (domicilio particular) <input type="checkbox"/> Otro lugar (hogar de ancianos, vía pública, etc.) <input type="checkbox"/>		Nombre del establecimiento <u>INSTITUTO</u> <u>Mercedo Luna.</u>	
15 Domicilio donde se produjo: Calle y N°/Ruta y Km:			
<u>DIBER 781</u>			
Localidad/Paraje:		Departamento o partido:	
<u>LA RIOJA</u>		<u>LA RIOJA</u>	
Provincia:		Provincia:	
<u>LA RIOJA</u>		<u>LA RIOJA</u>	
16 Dónde vive habitualmente? Calle y N°/Ruta y Km:			
<u>NORSONA 14 HOBIMD.</u>			
Localidad/Paraje:		Departamento o partido:	
<u>LA RIOJA</u>		<u>LA RIOJA</u>	
Provincia (o país para extranjeros):		Provincia (o país para extranjeros):	
<u>LA RIOJA</u>		<u>LA RIOJA</u>	
17 Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)			
Obra social <input type="checkbox"/> Plan de salud privado o mutual <input checked="" type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>			

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 (1ro. y 2do)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
			Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
			Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>

19 Cual es su situación laboral?
 Trabaja o está de licencia
 No trabaja Busca trabajo
 No busca trabajo

20 Cual es 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 DEFUNCION QUE SE ESTA 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 (1ro. y 2do)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
			Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
			Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>

22 Cual es su edad?
 (años cumplidos) _____
 Años _____

23 La madre convive en pareja?
 (ya sea casada o en unión de hecho) Si No

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 DEFUNCION QUE SE ESTA 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 (1ro. y 2do)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
			Ciclo EGB 3ro.	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 DEFUNCION QUE SE ESTA INSCRIBIENDO**

25 Cual es su situación laboral?
 Trabaja o está de licencia
 No trabaja Busca trabajo
 No busca trabajo

26 Cual es su ocupación habitual?

**COMPLETAR EN CASO DE SER MENOR DE 1 AÑO (solo para fallecidos que no tienen un año cumplido)
 DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MEDICO**

27 Cual fue el peso del niño al nacer? Gramos _____

28 Cual fue su peso al morir? Gramos _____

29 Nació de un embarazo ...
 Simple → ir a pregunta siguiente
 Múltiple → el que niños vivos, y produjo defunciones fatales

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? Embarazos _____

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

PERSONA QUE CUMPLIMIENTO EL INFORME

Médico Otro

Apellido y Nombre FLORES BEICA Matrícula Profesional N° MP 2700

Domicilio Profesional: Calle LA RIOJA N° 4460712

Localidad: LA RIOJA Teléfono: 460717.

Firma _____
 Sello Dra. Erica F. MEDICA M.P. 2700