

Acta N°

Folio N°

Tomo N°

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

(RESERVADO PARA EL REGISTRO CIVIL)

El suscripto Dr.: Aldunate MowbrayCERTIFICA que don Azcuna Aureliade sexo fu

Estado Civil:

Nombre del Cónyuge:

Profesión del Fallecido:

jubilada

domiciliado en:

Calle:

Carlos Oñedero

N°

1

del Departamento:

Capital

de la Provincia de:

La Rioja

de:

82

años de edad - L.E. / L.C. / D.N.I. N°

4.439.225.

Cédula Identidad N°

Expedida por la Policía de:

de nacionalidad

Argentina

Hijo de:

y de doña:

ha fallecido por:

distes neurológico - TV

en (lugar fallecimiento)

Sauatorio Rioja

el día

21

del mes de:

Noviembrede 2024

a las horas

13:50

lo que consta por

Habido asistido

(Haberlo asistido o reconocido el cadáver)

OTORGADO EN:

Sauatorio Rioja

a los

21

días del mes de

Noviembrede 2024FIRMA DEL MEDICO
SELLO ACLARATORIOAldunate Monica
MEDICA
M.P. 3400

DATOS DEL MEDICO

APELLIDO Y NOMBRES:

Aldunate Mowbray

DOMICILIO: Calle

Av. Fernando Oñedero

N°:

1117

Teléfono N°:

MATRICULA PROFESIONAL N°:

3400

FOLIO:

TOMO:

M.P. 3400 - 1117

Informe estadístico de Defunción

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17022)

DATOS PARA SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

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

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?	SI ☒ No ☐	6 ¿Lo atendió el médico que suscribió?	SI ☒ No ☐
7 CAUSA DE LA DEFUNCION			
I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente			
Causas Antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguna, 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			
a) <u>Poco caudal respiratorio</u> debido a (o como consecuencia de)			
b) <u>distres respiratorio</u> debido a (o como consecuencia de)			
c) <u>neumonio - itv</u>			
<u>Hipertensión diabetes</u>			
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) Como se produjo. Describir las circunstancias y situación en que aconteció como por ejemplo, caída de andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicofármacos, 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?			
SI 1 ☐ No 2 ☐ Se ignora 9 ☐			
Cual fue la fecha de terminación de ese embarazo?			
Día Mes Año			

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s	Nombre/s
<u>Arana</u>	<u>Aurelia</u>
10 Fecha de defunción	11 Fecha de nacimiento
Día Mes Año	Día Mes Año
<u>21</u> <u>11</u> <u>2024</u>	<u>25</u> <u>09</u> <u>1942</u>
12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)	
Años <u>82</u>	
Meses <u> </u> Días <u> </u>	
Horas <u> </u> Minutos <u> </u>	
13 Sexo	
Masculino 1 ☐	
Femenino 2 ☒	
Indeterminado 9 ☐	
14 Ocurrió en ...	
Establecimiento de salud pública	
Establecimiento privado, obra social, etc.	
Vivienda (domicilio particular)	
Otro lugar (hogar de ancianos, vía pública, etc.)	
Nombre del establecimiento	
<u>Sanatorio Rioja</u>	
15 Domicilio donde se produjo: Calle y N°/Ruta y Km:	
<u>Av Francisco Quiroga</u>	
Localidad/Paraje: <u>La Rioja</u>	
Departamento o partido: <u>Capital</u>	
Provincia: <u>La Rioja</u>	
16 Dónde vive habitualmente? Calle y N°/Ruta y Km:	
<u>Av Laurelito</u>	
Localidad/Paraje: <u>La Rioja</u>	
Departamento o partido: <u>Capital</u>	
Provincia (o país para extranjeros): <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 1 ☐ Plan de salud privado o mutual 2 ☐ Ambos 3 ☐ Ninguno 4 ☐	