

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Informe Estadístico de DEFUNCION

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17622)

11 Fecha de inscripción

Día	Mes	Año

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

12 Departamento o Partido	13 Delegación o Registro Civil	Número	14 Tomo	Folio	Acta

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

15 Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a la muerte?	Si 1 ☒	No 2 ☐	16 Lo atendió el médico que suscribe	Si 1 ☒	No 2 ☐
CAUSA DE LA DEFUNCION I) Enfermedad o condición patológica que le 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: <u>1 mes</u>		
a) <u>Falta multigénica</u> b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <u>Shock séptico por triple neumonía</u> c) DEBITO A (O COMO CONSECUENCIA DEL) <u>Síndrome de anorexia - bulimia</u>			No usar ☐		
17 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente) <u>fund. clínica sin alter. p/ her. o diab. etc.</u> 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.					
18 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS		Estuvo embarazada en los últimos 12 meses? Si 1 ☐ No 2 ☐ Se ignora 9 ☐		19 Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo?	
				Día Mes Año	

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s: <u>Ortega</u>		Nombre/s: <u>Aracely</u>	
Fecha de la Defunción		Fecha de Nacimiento	
Día Mes Año <u>04/03/2025</u>		Día Mes Año <u>26/08/1991</u>	
20 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 día o más, pero menor de un año consignar sólo meses y días • Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos.		21 Sexo Masculino 1 ☒ Femenino 2 ☐ Indeterminado 3 ☐	
22 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: <u>Clínica "E.R.I."</u>	
23 Domicilio donde se produjo:		24 Nombre del establecimiento:	
Calle y N°/Ruta y km: <u>Av. Benavidez 550</u>		<u>Clínica "E.R.I."</u>	
Localidad / Paraje: <u>La Rioja</u>		Departamento o Partido: <u>Capital</u>	
No usar ☐		Provincia: <u>La Rioja</u>	
25 Vivía habitualmente en:		26 País	
Calle y N°/Ruta y km: <u>Av. Carlos Sant Menn S/N</u>		No usar ☐	
Localidad / Paraje: <u>La Rioja (pcia.)</u>		Departamento o Partido: <u>Vinchina</u>	
No usar ☐		Provincia (o país para extranjeros): <u>San José de Vinchina (Bolivia)</u>	
27 Pertenecía o estaba asociado a: (Si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)			
• Ninguno 4 ☐			

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

(RESERVADO PARA EL REGISTRO CIVIL)

El suscrito Dr.:

Mendivil, Gabriel Eduardo

CERTIFICA que don

Quirós, Anacleto

de sexo masculino Estado Civil

Vivido

Nombre del Cónyuge:

Ríos, Cirila (f)

Profesión del Fallecido:

Jubilado

domiciliado en:

San José de Urquiza

Calle:

Av. Carlos San Martín

N°

510

del Departamento:

Urquiza

de la Provincia de:

La Rioja

de:

63 (ciento treinta y tres)

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

06.718.712

Cédula Identidad N°

Expedida por la Policía de:

de nacionalidad

Argentina

Hijo de:

y de doña:

ha fallecido por:

Falla multiorgánica por shock séptico

en (lugar fallecimiento)

Clínica "El Rincón" por sepsis respiratoria, asociada a hip

el día

04 (cuatro)

del mes de:

marzo

de 2005

a las horas

10:05

Junto con

lo que consta por

haberle exhibido

(Haberle asistido o reconocido el cadáver)

crónica ag

Fede.

OTORGADO EN:

La Rioja capital

a los

04 (cuatro)

días del mes de

marzo

de 2005

FIRMA DEL MEDICO
SELLO ACLARATORIO

DATOS DEL MEDICO

APELLIDO Y NOMBRES:

Mendivil, Gabriel Eduardo

DOMICILIO: Calle

Av. Buevador

N°: 550

Teléfono N°:

4462247

MATRICULA PROFESIONAL N°:

2.740

FOLIO:

TOMO: