

Informe estadístico de Defunción

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

DATOS PARA SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

1 Fecha de inscripción	Día	Mes	Año
2 Departamento o Partido	3 Delegación o Registro Civil	Número	4 Torno
			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?	Si ☐ No ☐ — pasar a Preg. 7	6 ¿Fue atendido el médico que suscribe?	Si ☐ No ☐
7 CAUSA DE LA DEFUNCION		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte	
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 I) enfermedad o condición morbosa que la produjo		a) <u>Pero cardio respiratorio</u> debido a (o como consecuencia de) b) <u>Shock</u> debido a (o como consecuencia de) c) <u>Arritmia Grave</u>	
8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente):			
a) Indicar si fue por: Accidente ☐ Suicidio ☐ Homicidio ☐ Se ignora ☐			
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?		Cual fue la fecha de terminación de ese embarazo?	
Si ☐ No ☐ Se ignora ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐	Día Mes Año Continuar abajo	

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s <u>Moreno</u>		Nombre/s <u>Josefa Benicia</u>	
10 Fecha de defunción	Día Mes Año <u>23 05 2025</u>	11 Fecha de nacimiento	Día Mes Año <u>23 08 1938</u>
12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda):		13 Sexo	
Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años: <u>Años 86</u> Si la edad es de 1 día o más, pero menor de un año, consignar sólo meses y días: Meses <u> </u> Días <u> </u> Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos: Horas <u> </u> Minutos <u> </u>		Masculino ☐ Femenino ☒ Indeterminado ☐	
14 Ocurrió en:		Nombre del establecimiento	
Establecimiento de salud público ☐ Establecimiento privado, otros: ☐ Vivienda (domicilio particular) ☐ Otro lugar (hogar de ancianos, etc.) ☐		<u>Sanatorio Roja</u>	
15 Domicilio donde se produjo la muerte y el fin		16 Dónde vive habitualmente?	
Ciudad/Partido <u> </u> Departamento o partido <u>Capital</u> Provincia <u>La Rioja</u>		Dónde vive habitualmente: <u>Partido provincial 12</u> sin <u> </u> Ciudad/Partido <u> </u> Departamento o partido <u>Chilecito</u> Provincia (o país para extranjeros) <u>La Rioja</u> País <u> </u>	
17 Pertenencia o estado asociado a: Si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre			
Otra social ☐ Plan de salud privado o mutual ☐ Ambos ☐ Ninguno ☐			

SOLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MAS
DATOS DEL FALLECIDO

18. Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla).

Nunca asistió	S.E. No reformado		S.E. Reformado	
01 ☐	Incompleto	Completo	Incompleto	Completo
	02 ☐	03 ☐	Ciclos EGB (1ro y 2do)	11 ☐
	04 ☐	05 ☐	Ciclo EGB 3ro	12 ☐
	06 ☐	07 ☐	Polimodal	13 ☐
				14 ☐
				15 ☐

19. Cual es su situación laboral?

Trabaja o está de licencia: 1 ☐

No trabaja: 2 ☐

Busca trabajo: 3 ☐

No busca trabajo: 3 ☐

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	S.E. No reformado		S.E. Reformado	
01 ☐	Incompleto	Completo	Incompleto	Completo
	02 ☐	03 ☐	Ciclos EGB (1ro y 2do)	11 ☐
	04 ☐	05 ☐	Ciclo EGB 3ro	12 ☐
	06 ☐	07 ☐	Polimodal	13 ☐
				14 ☐
				15 ☐

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

23. La madre conviva en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho) Si: 1 ☐ No: 2 ☐

Responder Preg. 24, 25 y 26 con la casilla correspondiente

Pasara Preg. 25 y 26 y respondera en la casilla 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	S.E. No reformado		S.E. Reformado	
01 ☐	Incompleto	Completo	Incompleto	Completo
	02 ☐	03 ☐	Ciclos EGB (1ro y 2do)	11 ☐
	04 ☐	05 ☐	Ciclo EGB 3ro	12 ☐
	06 ☐	07 ☐	Polimodal	13 ☐
				14 ☐
				15 ☐

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: 1 ☐

No trabaja: 2 ☐

Busca trabajo: 3 ☐

No busca trabajo: 3 ☐

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: 1 ☐ ir a pregunta siguiente

Múltiple: 2 ☐ si que ☐ niños vivos, y ☐ defunciones fetales

30. Cuántas semanas completas duró la gestación? semanas completas: _____

31. En que fecha comenzó la O.G. normal previa al embarazo de e: Dia: _____ Mes: _____

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 CUMPLIMENTO EL INFORME

Médico: 1 ☒ Otro: 2 ☐

Apellido y Nombre: Ruza Tornello Maria Matrícula Profesional N°: 3528

Domicilio Profesional: Calle Av. Federico Quiroga N°: 1117

Localidad: La Plata Teléfono: _____

Firma: [Firma]

Sello: [Sello]

Folia N°

Folio N°

Tomo N°

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

(RESERVADO PARA EL REGISTRO CIVIL)

El suscrito Dr. Puga Tornello Maria del MilagroCERTIFICA que don Moreno Josefa Benicio de sexo F Estado Civil

Nombre del Cónyuge: Profesión del Fallecido:

domiciliado en: San Miguel Calle: c/ta provincialN° 12 del Departamento: Chilecito de la Provincia de: La Riojaaños de edad - L.E. / L.C. / D.N.I. N° 86 3 778 380

Expedida por la Policía de:

Hijo de: y de doña:

ca fallecido por: Pro cardiorrespiratorio - shocken (lugar fallecimiento) Sanatorio Rojael día 23 del mes de: Mayo de 2025 a las horas 10:45 hslo que consta por: haberle asistido

(Debe ser escrito o reconocido al calcear)

OTORGADO E: La Riojaa los 23 días del mes de Mayo de 2025FIRMA DEL MEDICO
SELLO ACLARATORIO

DATOS DEL MEDICO

APELLIDO Y NOMBRES: Puga Tornello Maria del MilagroDOMICILIO: Calle Av Fournier Guropa N°: 1117 Telefono N°:PROFESIONAL N° 3529 FOLIO: TOMO: