

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Informe Estadístico de DEFUNCION

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

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

Departamento o Partido	Delegación o Registro Civil	Número	Fecha de inscripción	Di	Me	Año

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

1. Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a la muerte?	Si 1 ☒ No 2 ☐	3. 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 a) <u>Falta multiorgánica</u> b) <u>DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Shock séptico por infección respiratoria</u> c) <u>DEBITO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Síndrome coronario - insuficiencia</u> No usar ☐	
EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente) <u>cond. coronaria sin factores y her-edictaria</u> a) Indicar si fue por: • Accidente 1 ☐ • Suicidio 2 ☐ • Homicidio 3 ☐ • Señora 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.			
PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS Estuvo embarazada en los últimos 12 meses?	Si 1 ☐ No 2 ☐ Señora 9 ☐	Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Di Mes Año	

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s: <u>Ortega</u>	Nombre/s: <u>Aracely</u>
Fecha de la Defunción	Fecha de Nacimiento
Di Mes Año <u>04/03/2025</u>	Di Mes Año <u>26/06/1991</u>
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	Sexo Masculino 1 ☒ Femenino 2 ☐ Indeterminado 3 ☐
Ocurrió en... • Establecimiento de salud público • Establecimiento privado, obra social, etc. • Vivienda (domicilio) particular • Otro lugar (vía pública, hogar ancianos, etc.)	Nombre del establecimiento: <u>Clinica "E.R.I."</u> No usar ☐
Domicilio donde se produjo: Calle y N°/Ruta y km: Localidad / Paraje: <u>La Rioja</u> No usar ☐	Departamento o Partido: <u>Capital</u> Provincia: <u>La Rioja</u> No usar ☐
Vivía habitualmente en: Calle y N°/Ruta y km: Localidad / Paraje: <u>La Rioja (pcia.)</u> No usar ☐	Departamento o Partido: <u>Vinchina</u> Provincia (o país para extranjeros): <u>San José de Vinchina (Argentina)</u> No usar ☐ País
Pertenecía o estaba asociado a: (Si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre) • Ambos 3 ☐ • Ninguno 4 ☐	

Acta N°

Folio N°

Tomo N°

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

(RESERVADO PARA EL REGISTRO CIVIL)

El suscripto Dr.

CERTIFICA que don

Nombre del Difunto:

domiciliado en:

N°

Cédula de identidad N°

de nacionalidad

Hijo de:

en (lugar fallecimiento)

el día

o que consta por

OTORGADO EN:

a los

días del mes de

de

FIRMA DEL MEDICO

SELLO ACLARATORIO

DATOS DEL MEDICO

APELLIDO Y NOMBRES:

DOMICILIO: Calle

MATRICULA PROFESIONAL N°:

FOLIO:

TOMO:

FOLIO:

TOMO:

FOLIO:

TOMO:

Mendivil, Gabriel Eduardo
 de sexo masculino Estado Civil: Viudo
 Profesión del Fallecido: Jubilado
 Calle: Av. Carlos San Martín
 de la Provincia de: Uruguay
 años de edad: 83 años de edad - L.E./L.C./D.N.I. N° 06.718.712
 Expedida por la Policía de:

Argentino y de doña:
 ha fallecido por: Fallecimiento por shock séptico
 en (lugar fallecimiento): Clínica "El Sol" por causas respiratorias, aguda e
 el día 04 (cuatro) de mes de marzo de 2005, a las horas 10:05, donde se
 o que consta por haberlo certificado.
 (Haberse avisado o reconocido al cadáver) cráneo expuesto.

OTORGADO EN: la firma capitulada
 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. Bonaerense N° 550 Teléfono N° 4462247/
 MATRICULA PROFESIONAL N°: 2.740 FOLIO: TOMO: