

Informe Estadístico de DEFUNCION

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

DATOS PARA SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

Fecha de Inscripción		Día	Mes	Año
Departamento o Partido		Delegación o Registro Civil	Número	Tomo
				Folio
				Acta

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

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a la muerte?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → pasar a Preg. 7	¿Lo atendió el médico que suscribe?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
CAUSA DE LA DEFUNCIÓN 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 7 días	
a) <u>Pera Cardiorespiratoria</u> b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <u>ca. gestacio</u> c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)			
EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente) a) Indicar si fue por: • Accidente 1 <input type="checkbox"/> • Suicidio 2 <input type="checkbox"/> • Homicidio 3 <input type="checkbox"/> • Se ignora 9 <input type="checkbox"/> b) Cómo 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:			
PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS -Estuvo embarazada en los últimos doce meses? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> Cual fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año			

DATOS DEL FALLECIDO

DNI: <u>78151316751</u>	Apellido/s: <u>Romero</u>	Nombre/s: <u>Jorge Luis</u>	
Fecha de la defunción	Día Mes Año	Fecha de nacimiento	Día Mes Año
			<u>03/08/1950</u>
Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda) • Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar solo los años • 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		Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/>	
Ocurrió en... • Establecimiento de salud público <input type="checkbox"/> → • Establecimiento privado, obra social, etc. <input type="checkbox"/> → • Vivienda (domicilio particular) <input type="checkbox"/> pasar a • Otro lugar (vía pública, transportes, etc.) <input type="checkbox"/> Preg. 15		Nombre del establecimiento <u>Hospital Luis Pasteur</u>	
Domicilio donde se produjo: Provincia (o país para extranjeros) Departamento o partido Calle/Ruta: Nro./Km. Barrio:			
Vivía habitualmente en: Provincia (o país para extranjeros) <u>La Rioja</u> Departamento o partido <u>Kraon Nro Penitente</u> Calle/Ruta: <u>Ronon Puren y Nbe de San</u> Barrio: <u>Rieles</u> Efector de salud mas cercano:			
Pertenece o está asociada a: • Obra social 1 <input type="checkbox"/> • Plan de salud privado o mutual 2 <input type="checkbox"/> • Ambos 3 <input type="checkbox"/> • Ninguno 4 <input type="checkbox"/>			

Continúa al dorso →

SOLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MAS

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

• Nunca asistió 01

• S.E. No reformado

Incompleto	Completo	S.E. Reformado	Incompleto	Completo
Primario 02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	- Ciclos EGB (1ro. y 2do)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
Secundario 04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	- Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
		- Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>

• Superior o universitario 06 07

2. Cuál es su situación laboral?

• Trabaja o está de licencia 1

• No trabaja

Busca trabajo	2 <input type="checkbox"/>
No busca trabajo	3 <input type="checkbox"/>

3. Cuál es su ocupación habitual?

Ministerio

SOLO PARA FALLECIDOS MENORES DE 14 AÑOS (Incluyendo a los menores de 1 año)

DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

DNI Madre: _____ Apellido: _____ Nombre: _____

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

• Nunca asistió 01

• S.E. No reformado

Incompleto	Completo	S.E. Reformado	Incompleto	Completo
Primario 02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	- Ciclos EGB (1ro. y 2do)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
Secundario 04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	- Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
		- Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>

• Superior o universitario 06 07

2. Cuál es su edad? (años cumplidos) _____

3. La madre convive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho)

Si 1 → Responder Preg. 24, 25 y 26 con los datos del padre exclusivamente

No 2 → Pasar a Preg. 25 y 26 y responderlas con los datos de la madre exclusivamente

DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

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

• Nunca asistió 01

• S.E. No reformado

Incompleto	Completo	S.E. Reformado	Incompleto	Completo
Primario 02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	- Ciclos EGB (1ro. y 2do)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
Secundario 04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	- Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
		- Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>

• Superior o universitario 06 07

DATOS DEL PADRE/MADRE (tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

1. Cuál es su situación laboral?

• Trabaja o está de licencia 1

• No trabaja

Busca trabajo	2 <input type="checkbox"/>
No busca trabajo	3 <input type="checkbox"/>

2. Cuál es su ocupación habitual?

COMPLETAR EN CASO DE SER MENOR DE 1 AÑO (sólo para fallecidos que no tienen un año cumplido)

DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MÉDICO

1. Cuál fue el peso del niño al nacer?

• Gramos _____

2. Cuál fue su peso al morir?

• Gramos _____

29. Nació de un embarazo ...

• Simple 1 → ir a pregunta siguiente

• Múltiple 2 → el que _____ niños vivos, y produjo _____ defunciones fetales

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 fetales? _____

PERSONA QUE CUMPLIMENTA EL INFORME

Médico 1 Otro 2

Apellido y Nombre: Llano Elie y Matrícula Profesional N°/DNI: 1271

Domicilio Profesional: Calle San Martín N° 465

Localidad: Chiriquí Teléfono: _____

Firma: Dr. ELSA Y LLANOS MEDICA CIRUJANA

Sello: M.P. 1271

ACTA Nº

FOLIO Nº

TOMO Nº

CERTIFICADO DE DEFUNCION

(RESERVADO PARA EL REGISTRO CIVIL)

El suscripto Dr. Llano Elze Yolanda
 CERTIFICA que Don Romero José Luis de sexo Var Estado civil Casado
 Nombre del cónyuge Bonifacio María Isabel Profesión del fallecido Químico
 Domiciliado en B. Montes calle Llano Elze y 11 de Agosto
 del Departamento Rosario de la Provincia de La Puz
 de 74 años de edad - L.E/L.C/D.N.I Nº 7853675
 Cedula de identidad Nº - Expedida por la Policía de -
 de nacionalidad Argentina hijo de Romero José Luis y de doña Tomas María
 ha fallecido por Paracetamol poisoning
 en (lugar de fallecimiento) Hospital Nro. Pestano
 el día 30 del mes de Septiembre de 2024 a hora -
 lo que consta por Haberle asistido

OTORGADO EN Ciudad La Puz (Haberle asistido o reconocido el cadáver)
 a los 30 días del mes de Septiembre de 2024

Dr. ELSA Y. ELZAC
 MEDICA CIRUJANA
 N.º 12711
 Firma del Medico

Sello del aratorio

DATOS DEL MEDICO

Nombre y Apellido Llano Elze Yolanda
 Domicilio: calle Sra. María Nº 475 teléfono Nº -
 Nº de matrícula profesional 1771 folio - tomo -