



MAN

UNIDAD MEDICINA LEGAL SUD

Concepción, 14 de Septiembre de 2022 -

Inf. N° 179 .- FH: 14/09/22-
Lib. N° 1 - Causa: Lesiones Culposas.-
Fol. N° 179- (Reconocimiento Médico Legal).-
Causante: Brito miguel Angel .-

Señor
Jefe de H.R. Concepcion
S / O

Elevo a Ud., informando que en la fecha: 14/09/2022, a horas: 13:17, me constituí al lugar del hecho, morgue del H.R. Concepcion, donde realice el Reconocimiento Médico Legal del arriba mencionado, quien era Argentino, de 68 años de edad, D.N.I N° 10.930.892 quien en la fecha falleció por la causa: Lesiones Culposas, según nota de Comisaria Interviniente.-

ANTECEDENTES: Paciente que ingresa el 13/09/22 al H.R.C. a U.T.I con diagnóstico de politraumatismo y TEC en ARM. Traumatismo cerrado de torax con múltiples fracturas costales con hemoneumotorax bilateral con tubo y campana de drenaje bajo agua. Fractura de cadera inestable según se informa en Historia Clínica firmada por el doctor De Marco Vicenti M.P: 5067. Produciéndose el óbito a las 07:33 hs en fecha 14/09/2022

EXAMEN EXTERNO: Cadaver de sexo Masculino. De la sexta década de vida. Talla: 1,80 mts. aproximado. Peso: 100 Kgrs aproximadamente. Tez: Trigueña. Cabellos: Canosos. En buen estado de conservación.

AL EXAMEN PRESENTA: Cadaver en estado de rigidez reductible. Presenta: Escoriación con costra de 5cm de long. en region malar derecha. Se palpa enfisema subcutáneo en cara anterior de torax. Se palpa múltiples fracturas en arcos costales anterior de hemitorax izquierdo. herida quirúrgica de 2cm de long. en cara lateral a nivel del 6° espacio intercostal de hemitorax derecho. Equimosis de 30 cm de diametro de coloración violacia oscura en cadera derecha. Herida quirúrgica de 2cm de long. en cara lateral a nivel del 4° espacio intercostal de hemitorax izquierdo. Cianosis bucal y en lechos ungueales. Resto de la superficie corporal sin lesiones traumaticas. Livideces que desaparecen a la digito presion en cara posterior de torax y region lumbar.-

CONSIDERACIONES MEDICO LEGALES: El resultado de mi Pericia Medico Legal me permite considerar que el occiso sufrió en vida los efectos de proyección, tope o arrastre sobre una superficie dura estática o en movimiento que le produjeron lesiones graves e irreversibles que lo llevaron al óbito.-

CONCLUSION: Brito Miguel Angel. Falleció a causa de: Traumatismo Torasico Grave. Se dio Orden de Inhumacion. Se recepciona DNI N° 10.930.892. Se confecciona Certificado de Defuncion.-

Dra. Boggio.-



BOGGIO CUBAS SONIA
MEDICO DE P.O.
POLICIA CONCEPCION

REGISTRO CIVIL:	REGISTRADA BAJO ACTA N°:	TOMO	FOLIO
CERTIFICADO QUE:	Apellido y nombre del fallecido: <u>Brito Miguel Angel</u>	De sexo: <u>Masculino</u>	Doc. de Identidad N°: <u>10.930.892</u>
DOMICILIADO EN:	Provincia: <u>Tucumán</u>	Localidad: <u>La Trinidad</u>	Calle: <u>La Esperanza</u> N°: <u>-</u>
HAFALLECIDO EN (provincia):	<u>Tucumán</u>	Localidad: <u>Concepción</u>	Calle: <u>-</u> N°: <u>-</u>
E día <u>14</u> mes <u>09</u> año <u>2022</u> a las <u>-</u> hs.	en su domicilio <input type="checkbox"/>	Establecimiento asistencial <input checked="" type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
Dejo constancia que los datos referidos los obtuve por haber:			
Lugar y fecha de certificación:	<u>Concepción 14 de Septiembre del 2022</u>	Asistido al paciente <input type="checkbox"/>	Reconocido al cadáver <input type="checkbox"/>
Practicado la pericia legal <input type="checkbox"/>		Firma y sello del Profesional:	
DATOS DEL PROFESIONAL		Firma y sello del Profesional:	
Apellido y Nombre: <u>Baggio Sonia Edita</u>		Firma y sello del Profesional:	
Domicilio (calle y N°): <u>9 de Julio N° 40</u>		Firma y sello del Profesional:	
Teléfono: <u>-</u>		Firma y sello del Profesional:	
Matrícula Profesional N°: <u>7038</u>		Firma y sello del Profesional:	

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

DATOS DEL FALLECIDO	Apellido: <u>-</u>	D.N.I DEL FALLECIDO	Fecha de inscripción	Día	Mes	Año
Nombre: <u>-</u>						
Departamento o Partido	Delegación o Registro Civil	Número	Tomo	Folio	Acta	

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

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a la muerte?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	¿Lo atendió el médico que suscribe?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	¿Se practicó autopsia?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
CAUSA DE LA DEFUNCIÓN					
I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.			a) <u>traumatismo torácico grave</u>		
Causas antecedentes			b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)		
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar la causa básica.			c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)		
II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.			No usar		
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 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.					
c) Lugar donde ocurrió el hecho					
PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS					
¿Estuvo embarazada en los últimos 12 meses?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Se ignora 3 <input type="checkbox"/>	¿Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo?	Día	Mes	Año
ES MUERTE MATERNA? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>					
¿Convive en pareja? (ya sea casado/o en unión de hecho) Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>					

DATOS DEL FALLECIDO

Fecha de la defunción	Día	Mes	Año	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año
	<u>14</u>	<u>09</u>	<u>2022</u>		<u>03</u>	<u>10</u>	<u>1958</u>
Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)				Sexo			
• Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años				Masculino 1 <input checked="" type="checkbox"/>			
• Si la edad es de 1 día o más, pero menor de un año consignar sólo meses y días				Femenino 2 <input type="checkbox"/>			
• Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos				Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>			
Ocurrió en...				Nombre del establecimiento:			
• Establecimiento de salud público				No usar			
• Establecimiento privado, obra social, etc.							
• Vivienda (domicilio) particular							
• Otro lugar (vía pública, hogar ancianos, etc.)							
Domicilio donde se produjo: Calle y N°/Ruta y km: <u>11.9 Concepción (Vicente Lopez)</u>				Localidad/Paraje: <u>Chichigasta</u>			
Localidad/Paraje: <u>Concepción</u>				Provincia: <u>Tucumán</u>			
Vivia habitualmente en: Calle y N°/Ruta y km: <u>La Esperanza s/n</u>				Localidad/Paraje: <u>Chichigasta</u>			
Localidad/Paraje: <u>La Trinidad</u>				Provincia (o país para extranjeros): <u>Tucumán</u>			
Pertenece o estaba asociado a: (Si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)							
• Obra social 1 <input type="checkbox"/> • Plan de salud privado o mutual 2 <input type="checkbox"/> • Plan o Seguro público 3 <input type="checkbox"/> • Más de uno 4 <input type="checkbox"/> • Ninguno 5 <input type="checkbox"/>							

Datos empadronados por el sistema estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17.622 (Ley de la Ciudadanía)

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

SOLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MÁS

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

• Nunca asistió	01 <input type="checkbox"/>		• S.E. Reformado	Incompleto	Completo
• S.E. No reformado			– Ciclo EGB (1º y 2º)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
– Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	– Ciclo EGB 3º	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
– Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	– Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
• Superior o Universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>			

21 ¿Cuál es su situación laboral?

• Trabajaba o estaba de licencia	1 <input type="checkbox"/>
• No trabajaba	2 <input type="checkbox"/>
Buscaba trabajo	3 <input type="checkbox"/>
No buscaba trabajo	

22 ¿Cuál era su ocupación habitual?

No usar ☐

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

DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO / DNI DE LA MADRE:

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

• Nunca asistió	01 <input type="checkbox"/>		• S.E. Reformado	Incompleto	Completo
• S.E. No reformado			– Ciclo EGB (1º y 2º)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
– Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	– Ciclo EGB 3º	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
– Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	– Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
• Superior o Universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>			

24 ¿Cuál es su edad? (años cumplidos)

• Años

25 ¿La madre convive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho)

Sí ☐ → Responder preg. 26, 27 y 28 con los datos del padre exclusivamente

No ☐ → Pasar a preg. 27 y 28 y responderlas con los datos de la madre exclusivamente

DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO / DNI DEL PADRE:

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

• Nunca asistió	01 <input type="checkbox"/>		• S.E. Reformado	Incompleto	Completo
• S.E. No reformado			– Ciclo EGB (1º y 2º)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
– Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	– Ciclo EGB 3º	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
– Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	– Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
• Superior o Universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>			

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

27 ¿Cuál es su situación laboral?

• Trabaja o está de licencia	1 <input type="checkbox"/>
• No trabaja	2 <input type="checkbox"/>
Busca trabajo	3 <input type="checkbox"/>
No busca trabajo	

28 ¿Cuál es su ocupación habitual?

No usar ☐

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 MÉDICO

29 ¿Cuál fue el peso del niño al nacer? • gramos

30 ¿Cuál es su peso al morir? • gramos

31 Nació de un embarazo...

• Simple 1 ☐ → Ir a pregunta siguiente

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

32 ¿Cuántas semanas completas duró la gestión?

• semanas completas

33 ¿En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño?

Día Mes Año

34 Contando hasta el de este niño, inclusive, ¿cuántos embarazos tuvo la madre? • embarazos

35 Entre todos estos embarazos, ¿cuántos hijos nacidos vivos tuvo?

¿Y cuántas defunciones fetales?

PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME



Apellido y nombre: Boggio Sonia Edla Matricula: 7083

Domicilio Profesional: Calle: de Julio Profesional N°: 410

Localidad: Concepción Tel.:

Firma: BOGGIO SONIA

OT: BOGGIO CUEBAS SONIA

Sello: POLICIA DE TUCUMAN