

FORMULO DENUNCIA: MALA PRAXIS.

CAUSA: SALAZAR ALFREDO ALEJANDRO S/ SU DENUNCIA POR  
MALA PRAXIS (FALLECIMIENTO)

ALEJANDRO ALFREDO SALAZAR, DNI 25.003.730, con domicilio en Ruta 304, Km 38, Localidad La Cruz, Burruyacu, Tucumán, respetuosamente digo:

Conforme lo acredito con el acta de nacimiento que acompaño, soy el padre de Loan Salvador Salazar, DNI 57.703.357, de tres años de edad. Por la presente vengo a formular denuncia penal por mala praxis, por el fallecimiento de mi hijo, a causa del abandono, manifiesta negligencia, desidia, en intervenirlo quirúrgicamente por un cuadro de apéndice, contra los médicos que resulten responsable del mismo.

Con motivo de presentar un cuadro febril y dolor abdominal, llevé a mi hijo al Caps de La Ramada de Arriba el día Martes 1 de Marzo del presente año en horas de la mañana, diagnosticándosele en el mismo un cuadro de apendicitis agudo con derivación al Hospital de Niños, suscripta por el Dr. De Guardia, Rubén Mayta, conforme consta en el instrumento que adjunto. Ese mismo día (martes) en horas de la mañana los internamos en el citado Hospital de Niños. Ante el empeoramiento de la salud, fiebre alta, decaimiento. Etc. implorábamos a los Médicos y Enfermeras que lo operaran sin que nadie hiciera nada invocando que como era feriado (carnaval) no le podían hacer los estudios médicos quirúrgicos necesarios. Transcurrido dos largos y decisivos días desde su internación en el Hospital de Niños, fue intervenido quirúrgicamente, extrayéndosele el apéndice, pero por lo tardanza de la operación y el avanzado estado de sepsia, falleció horas después a las 21 horas del citado día jueves 3 de marzo.

Desde que lo operaron y hasta el momento del deceso, los médicos y enfermeros se acusaban entre ellos por no haberlo operado en tiempo oportuno.

Es de público conocimiento, no hace falta ser médico, que en caso de apendicitis aguda, dicho órgano debe ser extirpado en cuestión de horas para evitar la muerte a causa de una sepsis generalizada. Una operación que era sencilla y sin riesgo, se tornó fatal para mi hijo, a causa del



feriado por carnaval y desidia de los médicos de operarlo en tiempo oportuno.

A los efectos del esclarecimiento del hecho delictual que denunció, solicito las siguientes medidas:


1) Secuestro de Historia clínica, hojas de enfermería y protocolo quirúrgico del Hospital de Niños de mi hijo, Loan Salvador Salazar, DNI 57.703.357 por su internación desde el día 01/03/22 hasta el día 03/03/22.

2) Por la gravedad del hecho denunciado, fallecimiento, y a los efectos de tener certeza en la causa del fallecimiento, evitándose que se adulteren en la historia clínica lo sucedido, se ORDENE CON HABILITACION DE DIAS Y HORAS NECESARIAS LA AUTOPSIA POR EL MEDICO FORENSE DE NUESTRO HIJO, sepultado en el Cementario de la Localidad de La Cruz, Burruyacu, Tucumán, Ruta 304, Km 36. Se tenga presente que por la descomposición del cuerpo y eficacia de la autopsia la misma debe ser realizada con urgencia.

Se tenga presente que somos personas de escasos recursos económicos para afrontar el costo de las medidas que solicitamos.

Adjunto a la presente, acta de nacimiento de mi hijo, "Derivación del Caps de la Ramada, y Certificado de Defunción en el que se informa como causal de fallecimiento : "FALLA MULTIORGANICA Y SCHOCK SEPTICO", lo que evidencia, prima facie, la veracidad y sustento de la presente denuncia.

Proveer de conformidad  
Justicia,

  
Solórzano Alfrecho Alejandro  
25.003.730  
CELULAR 3815093036







CIE10

Diagnóstico	1° vez	Ult.	Presu.	Conf.	Lab.	Nexo	Clinica	Otros
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDICAMENTOS

Código	Descripción	Cant. Presc.	Cant. Entr.	Origen	Firma
	su Dama				
	a Hospital				
	de Niños				
	con Drog. de Abdomen Agudo				

DERIVACION

Lugar al que se deriva: FID

Referencia a Tercer Nivel	<input type="checkbox"/>	Por estudio complementario	<input type="checkbox"/>
Por alta complejidad	<input type="checkbox"/>	Por interconsulta	<input type="checkbox"/>
Por internación	<input type="checkbox"/>	Por riesgo	<input type="checkbox"/>

Próximo Control de Salud: ...../...../.....

Próximo Control por Patología: ...../...../.....

Observaciones:

Miristerio de Salud Pública | GOBIERNO DE TUCUMÁN | ANEXO II | FORMULARIO Nº 1 | Nº:

COMPROBANTE DE ATENCION DE BENEFICIARIOS DE AGENTES DEL SEGURO DE SALUD

Denominación HPdG

FECHA: 29/02/2022

Código HPdG/REFES

DATOS DEL BENEFICIARIO

APELLIDO Y NOMBRES: Salazar Salvador | Teléfono Celular: 57312345 | DNI N°:

Tipo de Beneficiario: Parentesco

Titular	Familiar	Adherente	Otro	Cónyuge	Hijo	Otro	Sexo	Edad
							F	M
Fec. Nac:	8/04/20	Domicilio:	La Cruz				H.C:	7.9

TIPO DE ATENCION

CONSULTA	Especialidad	Fecha Prestación
PRACTICA	Diagnóstico	
INTERNACION	Códigos NHPdG	
	Diagnóstico de Egreso CIE10	Otros Códigos

NHPdG: Nomenclador Hospitalares Públicos de Gestión Descentralizada - CIE 10

Clasificación Internacional de Enfermedades.-

Firma del Médico: Sello c/Nº de Matrícula: KULEN MAYTA MEDICO CARDIOLOGO

Firma Enfermero

Último Recibo de Sueldo

Mes

Año

NOMBRE DEL AGENTE DEL SEGURO DE SALUD: RNOS

Firma Responsable

Aclaración Responsable

Firma del Beneficiario



# HOSPITAL DEL NIÑO JESUS

## TERAPIA INTENSIVA

Pje: Albert B. Sabín 750 - Tel. 4525002  
1000 - San Miguel de Tucumán

### SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

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

#### SÓLO 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: 31.39.1655

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

**24** ¿Cuál es su edad? (años cumplidos)

• Años 136

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

Si ☒ → 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: 25.00.3.730

**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. No reformado	Incompleto	Completo		• S.E. Reformado	Incompleto	Completo
- Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>		- Ciclo EGB (1º y 2º)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input checked="" type="checkbox"/>		- Ciclo EGB 3º	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
• Superior o Universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>		- Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <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 checked="" type="checkbox"/>
• No trabaja	2 <input type="checkbox"/>
Busca trabajo	3 <input type="checkbox"/>
No busca trabajo	

**28** ¿Cuál es su ocupación habitual?

Empleado de comercio

No usar ☐

#### 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

**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 gestación?

• 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

Médico 1 ☒ Otro 2 ☐

Apellido y nombre: Botta Priscila

Domicilio Profesional: Calle: Pje Sabín

Localidad: San Miguel de Tucumán

Matrícula Profesional N°: 7013

N°: 750

Tel.: 4525002

Firma: PRISCILA BOTTA

Sello: ESPECIALISTA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA



Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17.622)

PROVINCIA DE TUCUMÁN

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

REGISTRO CIVIL:	REGISTRADA BAJO ACTA N°:	TOMO	FOLIO
CERTIFICO QUE: Salazar Ioan Salvador Apellido y nombre del fallecido	De sexo: Masculino	Doc. de Identidad N° 57703547	
DOMICILIADO EN: Tucumán Provincia	La Cruz (Burruryaw) Localidad	Barrio Cruz de Abajo Calle	N° 5/N
HA FALLECIDO EN (provincia): Tucumán			
Localidad: Capital		Calle Pje Sabin N° 750	en su domicilio <input type="checkbox"/> Establecimiento asistencial <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
El día 03 mes 03 año 2022 a las 21 hs. 40 minutos a causa de: falla Multiorgánica			
Dejo constancia que los datos referidos los obtuve por haber: Asistido al paciente <input checked="" type="checkbox"/> Reconocido al cadáver <input type="checkbox"/> Practicado la pericia legal <input type="checkbox"/>			
Lugar y fecha de certificación: San Miguel de Tucumán, 3 de Marzo de 2022			
DATOS DEL PROFESIONAL	Apellido y Nombre: Botta Priscila		Firma y sello del Profesional: PRISCILA BOTTA M.P. 7013 ESPECIALISTA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA
	Domicilio (calle y N°): Pje Sabin 750		
	Localidad: San Miguel de Tucumán		
Teléfono: 4525002		Matrícula Profesional N°: 7013	

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

DATOS DEL FALLECIDO	Apellido	D.N.I DEL FALLECIDO		
	Nombre			
2	Departamento o Partido	3	Delegación o Registro Civil	Número
		4	Tomo	Folio
				Acta

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

5	¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a la muerte?	Sí 1 <input checked="" type="checkbox"/> Pasar a prog.	6	Lo atendió el médico que suscribe	Sí 1 <input checked="" type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	7	Se practicó autopsia?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input checked="" type="checkbox"/>
8 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN						Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte		
I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.		a) Falla Multiorgánica						
Causas antecedentes		b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Shock séptico						
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar la causa básica.		c) DERIDO 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						
9 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								
No usar								
10 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS								
¿Estuvo embarazada en los últimos 12 meses?		Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/>		¿Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo		Día Mes Año		
						ES MUERTE MATERNA? Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>		
11 ¿Convive en pareja? (ya sea casado/o en unión de hecho) Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>								

DATOS DEL FALLECIDO

12	Fecha de la defunción	Día Mes Año	13	Fecha de nacimiento	Día Mes Año
		03 03 2022			08 04 2019
14 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					
15 Sexo					
Masculino 1 <input checked="" type="checkbox"/>					
Femenino 2 <input type="checkbox"/>					
Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>					
16 Ocurrió en...					
• Establecimiento de salud público 1 <input checked="" type="checkbox"/>					
• Establecimiento privado, obra social, etc. 2 <input type="checkbox"/>					
• Vivienda (domicilio) particular 3 <input type="checkbox"/>					
• Otro lugar (vía pública, hogar ancianos, etc.) 4 <input type="checkbox"/>					
Nombre del establecimiento: Hospital del Niño Jesús					
17 Domicilio donde se produjo: Calle y N°/Ruta y km: Pje Sabin 750					
Localidad/Paraje: San Miguel de Tucumán Departamento o Partido: Capital					
Provincia: Tucumán					
18 Vivía habitualmente en: Calle y N°/Ruta y km: Barrio Cruz de Abajo 5/N					
Localidad/Paraje: La Cruz Departamento o Partido: Burruryaw					
Provincia (o país para extranjeros): Tucumán					
19 Pertenecía 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 checked="" type="checkbox"/> • Más de uno 4 <input type="checkbox"/> • Ninguno 5 <input type="checkbox"/>					

Continúa al dorso →





ufdt Tuc &lt;ufdtcapital@gmail.com&gt;

---

**SALAZAR ALFREDO ALEJANDRO S/ DENUNCIA MALA PRAXIS**

---

**FEDERICO IRAMAIN** <firamain7@gmail.com>

10 de marzo de 2022, 14:58

Para: ufdt@mpftucuman.gob.ar

En documento adjunto remito denuncia y documentación por denuncia mala praxis con fallecimiento de persona, y que se solicita AUTOPSIA con urgencia por descomposición de cadaver.

Dr. Federico Iramain, CUIT 20166918643, [firamain@hotmail.com.ar](mailto:firamain@hotmail.com.ar), Celular 3815093036.

Saludos

**2022\_03\_10 12\_25 Office Lens.pdf**  
2291K