

PODER JUDICIAL DE TUCUMÁN
CENTRO JUDICIAL CONCEPCIÓN
DEFENSORIA OFICIAL CIVIL Y DEL TRABAJO DE LA 1º NOMINACIÓN

ACTUACIONES N°: 1970/23
H20103138358
H20103138358

INICIO JUICIO DE INSCRIPCIÓN DE PARTIDA DE DEFUNCIÓN

SRA. JUEZ CIVIL Y COMERCIAL DE TURNO

JUICIO: LEDESMA RAMONA ROSA S/ PARTIDAS DE DEFUNCIÓN

HORACIO NESTOR CARBONELL, Defensor Oficial en lo Civil y Laboral de la
la. Nominación, a V.S. respetuosamente digo:

I – PERSONERÍA:

Que vengo en representación de la Sra. -LEDESMA MARIA SERAFINA argentina viuda mayor de edad, domiciliado en B° COLON calle URQUIZA S/N AGUILARES TELEFONO 3865 241031; quien constituye domicilio a los efectos legales en este Ministerio a mi cargo, solicitando los alcances previstos en el Art. 268 Procesal y plazo para presentar el certificado para litigar sin gastos.-

II – OBJETO:

Que en su nombre y representación vengo a iniciar juicio de INSCRIPCIÓN DE PARTIDA DE DEFUNCIÓN de su MADRE la sra LEDESMA RAMONA ROSA DNI 5.606.711 , fallecido el día 07/11/2020, y solicitar a V.S. que previo trámites de ley, en oportunidad de dictar sentencia, ordene se inscriba la defunción en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas DE AGUILARES .

III – HECHOS:

Mi representada manifiesta que el día 07/11/2020 , en el SANATORIO DEL MITRE AGUILARES I , falleció su MADRE Fallecida en la fecha, debido a un paro cardiorrespiratorio, como lo acredita con el instrumento respectivo. Que no realizó el trámite de inscripción de la defunción en tiempo y forma, en razón de que desconocía la existencia de un término para hacerlo, motivo por el cual inicia la presente acción.

IV – PRUEBAS: a) Fotocopias de D.N.I. de mi mandante y de la causante. b) Actas de nacimiento de las mismas. c) Certificado negativo de inscripción remitido por el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas. d) Informe Estadístico de Defunción expedido por el SANATORIO DEL MITRE AGUILARES-

V – PETITORIO:

Me tenga por presentado con el domicilio legal constituido, se me dé intervención de ley.-

Se agregue la documentación acompañada y se tenga presente.-

Oportunamente, ordene V.S. se inscriba la DEFUNCIÓN de LEDESMA RAMONA ROSA DNI 5.606.711 , fallecido el día 07/11/2020,, en el Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas de AGUILARES .

JUSTICIA

2 Lelesma Rosa

2 Lelesma Rosa

14829011

PULGAR

7/2

Escaneado con CamScanner



REPÚBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

Apellido / Surname
LEDESMA



Nombre / Name
RAMONA ROSA

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F **ARGENTINA** **B**

Fecha de nacimiento / Date of birth
19 ABR / APR 1947

Fecha de emisión / Date of issue
08 OCT / OCT 2014

Fecha de vencimiento / Date of expiry
08 OCT / OCT 2029

Ramona R Ledesma

FIRMA IDENTIFICADOR / SIGNATURE

Documento / Document

F5.606.711

Trámite Nº / Of. ident.

**00304823474
8125**



PROVINCIA DE TUCUMÁN

AV MITRE 275

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

REGISTRO CIVIL	REGISTRADA BAJO ACTA	TOMO	FOLIO
CERTIFICADO DE	LEDESMA RAMONA ROSA	De 1910	F
DOMICILIADO EN:	Provincia: TUCUMÁN	Localidad: ABULARES	9/1
NAFALLECIDO EN (provincia)	TUCUMÁN	Localidad: ABULARES	9/1
Localidad: ABULARES	Calle: MITRE 275	en su domicilio	☐ Establecimiento asistencial ☒ Casa ☐
Edad: 07	Mes: 11	Año: 2020	h: 27
Lugar y fecha de fallecimiento: AV. MITRE 275 - ABULARES - TUCUMÁN			
Lugar y fecha de notificación: JESSO BERNARDO DAVILA			
DATOS DEL PROFESIONAL: Domicilio (calle y N°): J.M. ROSAS 13 Localidad: ABULARES			
Teléfono: Matricula Profesional N°: 10119			

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

DATOS DEL FALLECIDO	Apellido	Nombre	Fecha de inscripción	Día	Mes	Año
Departamento o Partido	Delegación o Registro Civil	Numero	Tomo	Folio	Acta	

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

1. ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a la muerte?	SI 1 ☒ No 2 ☐	2. ¿Fue a prep?	SI 1 ☒ No 2 ☐	3. ¿Lo atendió el médico que suscribe?	SI 1 ☒ No 2 ☐	4. ¿Se practicó autopsia?	SI 1 ☐ No 2 ☒
5. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN							
a) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente: <u>ACORDADO RESPIRATORIO</u>							
b) DEBIDO A LO COMO CONSECUENCIA DE: <u>DESCOMPENDACION HEMODIN.</u>							
c) DEBIDO A LO COMO CONSECUENCIA DE: <u>TRAB. (NAC)</u>							
6. EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)							
a) Indicar si fue por: • Accidente 1 ☐ • Suicidio 2 ☐ • Homicidio 3 ☐ • Se ignora 4 ☐							
b) Como 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.							
7. PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS							
¿Estuvo embarazada en los últimos 12 meses? SI 1 ☐ No 2 ☒ Se ignora 3 ☐							
¿Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año							
ES MUERTE MATERNA? SI 1 ☐ No 2 ☒							
8. ¿Convive en pareja? (ya sea casado o en unión de hecho) SI 1 ☐ No 2 ☒							

DATOS DEL FALLECIDO

9. Fecha de la defunción	Día Mes Año	10. Fecha de nacimiento	Día Mes Año
11. Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)	12. Sexo		
• Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años	Masculino 1 ☐		
• Si la edad es de 1 día o más, pero menor de un año consignar sólo meses y días	Femenino 2 ☒		
• Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos	Indeterminado 3 ☐		
13. Ocurrió en...	14. Nombre del establecimiento: <u>ANATO RCO</u>		
• Establecimiento de salud público	15. Domicilio donde se produjo: Calle y N° Ruta y km		
• Establecimiento privado, obra social, etc.	Localidad/Paraje: <u>ABULARES</u> Departamento o Partido: <u>REP. EL CO</u>		
• Vivienda (domicilio) particular	Provincia: <u>TUCUMÁN</u>		
• Otro lugar (vía pública, hogar ancianos, etc.)	16. Vivió habitualmente en: Calle y N° Ruta y km		
	Localidad/Paraje: <u>ABULARES</u> Departamento o Partido: <u>REP. EL CO</u>		
	Provincia: <u>TUCUMÁN</u>		
17. Pertenecía o estaba asociado a: (Si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)			
• Obra social 1 ☐ • Plan de salud privado o mutual 2 ☐ • Plan o Seguro público 3 ☐ • Más de uno 4 ☐ • Ninguno 5 ☐			

Datos requeridos por el Registro Civil, a ser llenados sólo por el médico certificante





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 ☐			• S.E. Reformado			
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo			Incompleto	Completo	
- Primario	02 ☐	03 ☐		- Ciclo EGB (1° y 2°)	11 ☐	12 ☐	
- Secundario	04 ☐	05 ☒		- Ciclo EGB 3°	13 ☐	14 ☐	
• Superior o Universitario	06 ☐	07 ☐		- Polimodal	15 ☐	16 ☐	

21 ¿Cuál es su situación laboral?

• Trabajaba o estaba de licencia	1 ☐
• No trabajaba	2 ☐
Buscaba trabajo	3 ☐
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 ☐			• S.E. Reformado			
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo			Incompleto	Completo	
- Primario	02 ☐	03 ☐		- Ciclo EGB (1° y 2°)	11 ☐	12 ☐	
- Secundario	04 ☐	05 ☐		- Ciclo EGB 3°	13 ☐	14 ☐	
• Superior o Universitario	06 ☐	07 ☐		- Polimodal	15 ☐	16 ☐	

24 ¿Cuál es su edad? (años cumplidos)

• Años

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

Si ☐ → Responder preg. 20, 21 y 22 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 ☐			• S.E. Reformado			
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo			Incompleto	Completo	
- Primario	02 ☐	03 ☐		- Ciclo EGB (1° y 2°)	11 ☐	12 ☐	
- Secundario	04 ☐	05 ☐		- Ciclo EGB 3°	13 ☐	14 ☐	
• Superior o Universitario	06 ☐	07 ☐		- Polimodal	15 ☐	16 ☐	

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

27 ¿Cuál es su situación laboral?

• Trabajaba o estaba de licencia	1 ☐
• No trabajaba	2 ☐
Busca trabajo	3 ☐
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 ☐ → al 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?

36 ¿Y cuántas defunciones fetales?

PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

Médico: ☒ Apellido y nombre: JOSSO HERNAN Matrícula: 10119

Otro: ☐ Domicilio Profesional: JM ROSAS B M FLORIO Profesional (N°): 13

Localidad: BA Tel.:

Firma: Dr. Josso Hernan

Sello: **MEDICO 10119**





REPÚBLICA ARGENTINA - MERCOSUR
REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS
MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

Apellido / Surname
LEDESMA

Nombre / Name
MARIA SERAFINA

Sexo / Sex Nacionalidad / Nationality Ejemplar
F **ARGENTINA** **A**

Fecha de nacimiento / Date of birth
27 FEB / FEB 1962

Fecha de emisión / Date of issue
10 OCT / OCT 2014

Fecha de vencimiento / Date of expiry
10 OCT / OCT 2029

Trámite Nº / Of. ident.
00305568400
8125



Serafina Ledesma

FIRMA IDENTIFICADOR SIGNATURE

Documento / Document

14.829.011



14829011

