

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"/>	- Ciclo EGB (1º y 2º)	11	<input type="checkbox"/>
- Secundario	04	<input type="checkbox"/>	- Ciclo EGB 3º	13	<input type="checkbox"/>
• Superior o Universitario	06	<input type="checkbox"/>	- Polimodal	15	<input type="checkbox"/>
	03	<input type="checkbox"/>		12	<input type="checkbox"/>
	05	<input type="checkbox"/>		14	<input type="checkbox"/>
	07	<input type="checkbox"/>		16	<input type="checkbox"/>
21 ¿Cuál es su situación laboral?			22 ¿Cuál era su ocupación habitual?		
• Trabajaba o estaba de licencia 1 <input type="checkbox"/>			No usar <input type="checkbox"/>		
• No trabajaba <input type="checkbox"/> Buscaba trabajo 2 <input type="checkbox"/>					
No buscaba trabajo 3 <input type="checkbox"/>					

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"/>	- Ciclo EGB (1º y 2º)	11	<input type="checkbox"/>
- Secundario	04	<input type="checkbox"/>	- Ciclo EGB 3º	13	<input type="checkbox"/>
• Superior o Universitario	06	<input type="checkbox"/>	- Polimodal	15	<input type="checkbox"/>
	03	<input type="checkbox"/>		12	<input type="checkbox"/>
	05	<input checked="" type="checkbox"/>		14	<input type="checkbox"/>
	07	<input type="checkbox"/>		16	<input type="checkbox"/>
24 ¿Cuál es su edad? (años cumplidos)		25 ¿La madre convive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho)			
• Años 136		Si <input checked="" type="checkbox"/> → Responder preg. 26, 27 y 28 con los datos del padre exclusivamente No <input type="checkbox"/> → 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"/>	- Ciclo EGB (1º y 2º)	11	<input type="checkbox"/>
- Secundario	04	<input type="checkbox"/>	- Ciclo EGB 3º	13	<input type="checkbox"/>
• Superior o Universitario	06	<input type="checkbox"/>	- Polimodal	15	<input type="checkbox"/>
	03	<input type="checkbox"/>		12	<input type="checkbox"/>
	05	<input checked="" type="checkbox"/>		14	<input type="checkbox"/>
	07	<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?		28 ¿Cuál es su ocupación habitual?	
• Trabaja o está de licencia 1 <input checked="" type="checkbox"/>		Empleo de comercio	
• No trabaja <input type="checkbox"/> Busca trabajo 2 <input type="checkbox"/>		No usar <input type="checkbox"/>	
No busca trabajo 3 <input type="checkbox"/>			

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...		32 ¿Cuántas semanas completas duró la gestación?	
• Simple 1 <input type="checkbox"/> → ir a pregunta siguiente		• semanas completas	
• Múltiple 2 <input type="checkbox"/> → el que produjo <input type="checkbox"/> niños vivos, y <input type="checkbox"/> defunciones fetales		33 ¿En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño?	
34 Contando hasta el de este niño, inclusive, ¿cuántos embarazos tuvo la madre? • embarazos		Día Mes Año	
35 Entre todos estos embarazos, ¿cuántos hijos nacidos vivos tuvo?		¿Y cuántas defunciones fetales?	

PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

Médico 1 <input checked="" type="checkbox"/> Otro 2 <input type="checkbox"/>	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 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	La Cruz (Burruryacu)	Barrio Cruz de Abajo	N° S/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:	
	Domicilio (calle y N°): Pje Sabin 750	PRISCILA BOTTA M.P. 7013 ESPECIALISTA EN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA	
	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. No 2 <input type="checkbox"/> → 18	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							
II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.		c) DERIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)							
		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?		Sí 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?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	
		continuar abajo							
11	¿Convive en pareja? (ya sea casado/o en unión de hecho)								Sí 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)				15	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"/>		
16	Ocurrió en...					
• Establecimiento de salud público		1 <input checked="" type="checkbox"/>	Nombre del establecimiento: Hospital del Niño Jesús		No usar	
• 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"/>				
		Pasar a prog. 17				
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		
No usar		No usar		No usar		
18	Vivia habitualmente en: Calle y N°/Ruta y km: Barrio Cruz de Abajo S/N					
Localidad/Paraje: La Cruz		Departamento o Partido: Burruryacu		Provincia (o país para extranjeros): Tucumán		
No usar		No usar		No usar		
19	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 checked="" type="checkbox"/> • Más de uno 4 <input type="checkbox"/> • Ninguno 5 <input type="checkbox"/>						

Continúa al dorso →