

REPUBLICA ARGENTINA - MERCOSUR  
 REGISTRO NACIONAL DE LAS PROFESIONES  
 MINISTERIO DEL INTERIOR Y TRANSPORTE

Apellido / Surname  
**VILLAGRA**

Nombre / Name  
**CANDELARIO LIDORO**

Tipo / Sex: M Nacionalidad / Nationality: ARGENTINA Categoría: B

Fecha de nacimiento / Date of birth: 05 MAR / MAR 1950

Fecha de emisión / Date of issue: 02 DIC / DEC 2014

Documento / Document: **M8.105.522**

### CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

REGISTRADA BAJO ACTA N°	TOMO	FOJO
0 Lidoro		
De sexo: Masculino	Doc. de Identidad N°: 8105522	
Localidad: Aguilares	Remedio de Escala de 1068	
N° 279 en su domicilio <input type="checkbox"/>	Establecimiento asistencial <input checked="" type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>
a causa de: Falleo Multiorgenico, Secundario a Cancer		
Deseo constancia que los datos reflejados los obtuve por haber: Asistido al paciente <input type="checkbox"/> Reconocido al cadáver <input type="checkbox"/> Practicado la pericia legal <input type="checkbox"/>		
Lugar y fecha de certificación: San Martín de Tucumán, Octubre 16 de 2022. ADRIAN A.		
DATOS DEL PROFESIONAL: Apellido y Nombre: <b>Tolé Rizo Adrián Alejandro</b> Domicilio (calle y N°): <b>Av. Independencia 990</b> Localidad: <b>San Martín de Tucumán</b> Teléfono: <b>4234112</b> Matricula Profesional N°: <b>5266</b>		Firma y sello del Profesional:

## SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

### Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

D.N.I DEL FALLECIDO <b>8.105.522</b>
DATOS DEL FALLECIDO Apellido: <b>Villagra</b> Nombre: <b>Candelario Lidoro</b>
1 Fecha de inscripción: Día Mes Año
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? Si 1 <input type="checkbox"/> Pasar a prog No 2 <input checked="" type="checkbox"/>	6 Lo atendió el médico que suscribe Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	7 Se practicó autopsia? Si 1 <input checked="" type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
8 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.		
a) <b>Falla Multiorgenica, Secundaria a Cancer</b>		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte
b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE):		No usar
c) DEBIDO 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 checked="" 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. <b>Se Investigó</b>		
c) Lugar donde ocurrió el hecho: <b>Se Investigó</b>		
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"/> Si ignora 3 <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 <b>17   10   2022</b>	13 Fecha de nacimiento: Día Mes Año <b>05   03   1950</b>
---	--

14 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda) • Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años: <b>72</b> • 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: <b>Sanatorio Mitre</b>
--	--

17 Domicilio donde se produjo: Calle y N°/Ruta y km: <b>Av. Mitre 279</b> Localidad/Paraje: <b>Aguilares</b> Departamento o Partido: <b>Riachico</b> Provincia: <b>Tucumán</b>	No usar
--	---------

18 Vivía habitualmente en: Calle y N°/Ruta y km: <b>Remedio de Escala de 1068</b> Localidad/Paraje: <b>Aguilares</b> Departamento o Partido: <b>Riachico</b> Provincia (o país para extranjeros): <b>Tucumán</b>	No usar
--	---------

19 - Pertenecía o estaba asociado a: (SI el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)

• Plan de salud privado o mutual 2  • Plan o Seguro público 3  • Más de uno 4  • Ninguno 5

Datos requeridos por el sistema estadístico de acuerdo con la Ley Nacional 17.622)

# 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"/>	<i>Se Ignora</i>		• S.E. Reformado	Incompleto	Completo
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo		– 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"/>				

  

<b>21</b> ¿Cuál es su situación laboral?	<b>22</b> ¿Cuál era su ocupación habitual?
• Trabajaba o estaba de licencia	1 <input type="checkbox"/>
• No trabajaba	2 <input type="checkbox"/>
Buscaba trabajo	3 <input type="checkbox"/>
No buscaba trabajo	

## 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:

**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"/>	<i>Se Ignora</i>		• S.E. Reformado	Incompleto	Completo
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo		– 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)      **25** ¿La madre convive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho)

• Años

Si  → Responder preg. **23**, **27** y **28** con los datos del padre exclusivamente

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

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

**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"/>	<i>Se Ignora</i>		• S.E. Reformado	Incompleto	Completo
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo		– 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

**PADRE/MADRE**

**27** ¿Cuál es su situación laboral?

• Trabaja o está de licencia
 1 || • No trabaja | 2 |
| Busca trabajo | 3 |
| No busca trabajo |  |
  

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

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

<b>29</b> ¿Cuál fue el peso del niño al nacer? • gramos <input style="width: 100px;" type="text"/>	<b>30</b> ¿Cuál es su peso al morir? • gramos <input style="width: 100px;" type="text"/>
<b>31</b> Nació de un embarazo...	<b>32</b> ¿Cuántas semanas completas duró la gestación?
• Simple 1 <input type="checkbox"/> → ir a pregunta siguiente	• semanas completas <input style="width: 50px;" type="text"/>
• Múltiple 2 <input type="checkbox"/> → el que produjo <input style="width: 30px;" type="text"/> niños vivos, y <input style="width: 30px;" type="text"/> defunciones fetales	<b>33</b> ¿En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño?
	Día      Mes      Año
<b>34</b> Contando hasta el de este niño, inclusive, ¿cuántos embarazos tuvo la madre? • embarazos <input style="width: 50px;" type="text"/>	<b>35</b> Entre todos estos embarazos, ¿cuántos hijos nacidos vivos tuvo? <input style="width: 50px;" type="text"/>
	¿Y cuántas defunciones fetales? <input style="width: 50px;" type="text"/>

### PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

Médico 1       Otro 2

Apellido y nombre: Tulio Rizo Adrian Alejandro      Matricula Profesional N°: 5264

Domicilio Profesional: Calle: Bvd. Independencia      N° 990

San Miguel de Tucuman - Tel. 4291512

Firma: [Firma]  
 DR. TULIO RIZO ADRIAN A.  
 PROF. SECUNDARIA N° 12 - MAT. PROF. 526  
 MEDICO FORENSE - ECII  
 MINISTERIO DE SALUD PUBLICO FISCA