

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

Apellido / Nombre
VILLAGRA
Candelario Lidoro

Sexo / Género
M
Nacionalidad / Nationality
ARGENTINA
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	FOLIO
Lidoro			
De sexo	Doc. de Identidad N°		
Masculino	8.105.522		
Localidad: Remedios de Escalada			
en su domicilio <input type="checkbox"/> Establecimiento asistencial <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
a causa de: Faltas Multiorgenicas, Secundaria			
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		Firma y sello del Profesional:	
DATOS DEL PROFESIONAL Apellido y Nombre: Tula Rizo, Adrián Alejandro Domicilio (calle y N°): Av. Independencia 990 Localidad: San Martín de Tucumán Teléfono: 112 91112		Matricula Profesional N°: 5266	

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

DATOS DEL FALLECIDO Apellido: Villagras Nombre: Candelario Lidoro		D.N.I DEL FALLECIDO 8.105.522	
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"/> → 13		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 lo 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) Faltas Multiorgenicas, Secundaria 2 Cancer		b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte	
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. Se Investigó		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"/> 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 11 10 2022		13 Fecha de nacimiento Día Mes Año 05 03 1950	
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		Años Meses Días Horas Minutos 72	
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 • Establecimiento privado, obra social, etc. • Vivienda (domicilio) particular • Otro lugar (vía pública, hogar ancianos, etc.)		Nombre del establecimiento: Sanatorio Mitre	
17 Domicilio donde se produjo: Calle y N°/Ruta y km Localidad/Paraje: Remedios de Escalada Departamento o Partido: Remedios de Escalada Provincia: Tucumán		No usar	
18 Vivía habitualmente en: Calle y N°/Ruta y km Localidad/Paraje: Remedios de Escalada Departamento o Partido: Remedios de Escalada Provincia (o país para extranjeros): Tucumán		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 <input type="checkbox"/> • Plan o Seguro público 3 <input type="checkbox"/> • Más de uno 4 <input type="checkbox"/> • Ninguno 5 <input type="checkbox"/>			

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

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"/>	Incompleto	Completo	• S.E. Reformado	Incompleto	Completo		
• S.E. No reformado	02 <input type="checkbox"/>			– Ciclo EGB (1º y 2º)			11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
– Primario	03 <input type="checkbox"/>			– Ciclo EGB 3º			13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
– Secundario	04 <input type="checkbox"/>			– Polimodal			15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
• Superior o Universitario	05 <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"/>	Incompleto	Completo	• S.E. Reformado	Incompleto	Completo		
• S.E. No reformado	02 <input type="checkbox"/>			– Ciclo EGB (1º y 2º)			11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
– Primario	03 <input type="checkbox"/>			– Ciclo EGB 3º			13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
– Secundario	04 <input type="checkbox"/>			– Polimodal			15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>
• Superior o Universitario	05 <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 (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: Tuliza Adrian Alejandro Matricula: 5264

Domicilio Profesional: Calle: Bvd. Independencia Profesional N°: 990

San Miguel de Tucuman - Tel. 4291512

Firma: Tuliza Adrian Alejandro

PR. SEC. MED. FORENSE - ECII

MIN. SAL. PUBLICO FISCA