

PULGAR

7/2

IDARGF5606711<1<<<<<<<<<<<<<<<<<<
4704199F2910080ARG<<<<<<<<<<<<<<<<<<
LEDESMA<<RAMONA<ROSA<<<<<<<<<<<<<<<<



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		CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN	
REGISTRO CIVIL	REGISTRADA BAJO ACTA N°	TOMO	FOLIO
CERTIFICADO N°	1025284 RAMONA ROSA	De sexo	F
Identificación	Identificación	Dist. de identidad N°	560634
DOMICILIADO EN:	Provincia	Localidad	
	TUCUMÁN	ABULVAR	3/1
HA FALLECIDO EN (en provincia)	TUCUMÁN		
Localidad	ABULVAR	Calle	AV. MITRE N° 235
En su domicilio	☐	Calabrumberto apostrofado	☒
El día	07	mes	7/11
a las	22	horas	20
de causa de	PROCARO RESPIRATORIO		
Según constancia de los datos referidos con número por defecto	Asignado al pariente	Representante al cadáver	Prescrito la partida según
Legajo y fecha de notificación	Av. Mitre N° 235 - ABULVAR - TUCUMÁN		
Apellido y nombre	JOSÉ MARIANA DAVILA		
Domicilio (calle y N°)	J. M. ROSAS 13	Localidad	ABULVAR
Teléfono		Matrícula Profesional N°	10111
			MEDICO
			11/11/10

Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

DATOS DEL FALLECIDO Apellido _____ Nombre _____		6 Fecha de inscripción Día Mes Año ____ ____ ____		
7 Departamento o Partido _____		8 Delegación o Registro Civil Número _____		9 Tomo Folio Acta ____ ____ ____

11 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a la muerte? Si: 1 ☒ <i>Falso a prop.</i> No: 2 ☐ → 1	12 Lo atendió el médico que suscribe Si: 1 ☒ No: 2 ☐	13 Se practicó autopsia? Si: 1 ☐ No: 2 ☒
--	--	--

1) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.	a) <u>Enfermedad respiratoria</u>	El Estado aproximadamente el comienzo de la enfermedad y la muerte
Causas antecedentes	b) <u>DEBIDO A LO COMO CONSECUENCIA DE LA DESCENDENCIA HEROICA.</u>	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar la causa básica.	c) <u>DEBIDO A LO COMO CONSECUENCIA DE LA TRAF (MAC)</u>	
2) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o condición morboza que la produjo.		

• Accidente 1 ☐ • Suicidio 2 ☐ • Homicidio 3 ☐ • Suicidio 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 la fallecida era peatón, conductor, acompañante, pasajero, etc.

¿Estuvo embarazada en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No ☐ Se ignora

¿Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año

ES MUERTE MATERNA? ☐ Sí ☐ No

DATOS DEL FALLECIDO

12 Fecha de defunción Dia Mes Año 02 11 2020

44 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

Meses	Días
Horas	Minutos

Masculino ☐

Femenino ☒

4b. Ocurrió en...

- Establecimiento de salud público
- Establecimiento privado, obra social, etc.
- Vivienda (domicilio) particular
- Otro lugar (vía pública, hogar ancianos, etc.)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

→

Nombre del establecimiento: **ANATO RCO**
ENTRE SRL.

17 Domicilio donde se produjo: Calle y N.º/Ruta y km: MADE 275
Localidad/Paraje: POVONES Departamento o Partido: Rio Negro

Provincia: Fuciner

11. Vive habitualmente en: Calle y N°/Reta y kit. Sta. Feysa Cocton
Localidad o P. o: AGUILAR Departamento o Partido. NO SE

Provincia (o país para extranjeros): Trinidad País:

• Obra social 1 ☐ • Plan de salud privado o mutual 2 ☐ • Plan o Seguro público 3 ☐ • Más de uno 4 ☐ • Ninguno 5 ☐



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

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

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

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: 26A Tel.:

Firma: Dr. Josso Hernan

Sello: **MEDICO 10119**

