

A) PARA EL REGISTRO CIVIL

Departamento		Registro Civil de	
Sección	Acta N°	Tomo	Folio

Certifico que Don: _____ Sexo: _____ L.E./L.C./D.N.I. N°: _____

Domiciliado en calle: _____ N°: _____ Localidad: _____

de: _____ Años de edad, nacido el _____ de _____ de _____

en _____ Estado civil: _____ Nacionalidad: _____ Profesión u ocupación: _____

Casado con: _____ hij_ de Don _____ y de Doña: _____

ha **fallecido** de: ENFERMEDAD MUERTE VIOLENTA ENFERMEDAD DE DENUNCIA INTER NACIONAL

el día _____ de _____ de _____ a las _____ horas en _____

dejo constancia que todos los datos los obtuve por haberlo: ASISTIDO RECONOCIDO en _____

Fecha en _____ el día _____ de _____ de _____

Médico (Nombre y Apellido): _____	Mat. Prof. N°: _____	Firma y sello
Domicilio _____	N°: _____	
Localidad _____		

DATOS APORTADOS POR: _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO: _____

PARENTESCO: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Estampilla

FIRMA:

Firma y sello

Cambio de tinta y letra vale

B) PARA LA DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICA

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

1 Fecha de inscripción: _____

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 llenado sólo por el médico certificante)

5 Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a la muerte? SI NO (Si es NO, pasar a preg. N° 7) 6 ¿Lo atendió el médico que suscribe? SI NO

7 Causa de la defunción
1) 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.
- A: _____
- 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.

2) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.

No usar

8 En caso de muerte violenta (únicamente)
a. Indicar si fue por: Accidente (1) Suicidio (2)
Homicidio (3) Se ignora (9)
b. ¿Cómo se produjo? Describir las circunstancias o situación en que aconteció, como por ej.: caída de andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicotrópico, etc.
Si fue por accidente de transporte indicar el tipo de vehículo y si el fallecido era peatón, conductor, acompañante, pasajero, etc. _____
c. Lugar donde ocurrió el hecho: _____

9 Para todas las mujeres de 10 a 59 años cumplidos: Sí (1) No (2) Se Ignora (3) ¿Estuvo embarazada en los últimos 12 meses? ¿Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? (Día/Mes/Año) ___/___/_____. Continuar abajo

DATOS DEL FALLECIDO

Nombre y Apellido: _____ 10 Fecha de Defunción: ___/___/____ 11 DNI: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/____

12 Edad al momento del fallecimiento (Escribir donde corresponda) - Si la edad es de un año cumplido o más, consignar solo los años _____ (Años). - Si la edad es de 1 día o más, pero menor de un año, consignar sólo los meses y días _____ | _____ (Meses/días). - Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos _____ | _____ (Horas/Minutos).

13 Sexo: Masculino (1) Femenino (2) Indeterminado (3)

14 Ocurrió en:
 Establecimiento de salud público Establecimiento privado, obra social, etc. → Nombre del establecimiento: _____
 Vivienda (domicilio) particular Otro lugar (hogar de ancianos, vía pública, etc.) → Pasar a preg. 15

15 Domicilio donde se produjo Calle y N° / Ruta y Km: _____ Localidad/Paraje: _____ Departamento o Partido: _____
Provincia: _____ No usar _____ No usar _____

16 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km: _____ Localidad/Paraje: _____ Departamento o Partido: _____
Provincia (o país para extranjeros): _____ No usar _____ País _____ No usar _____

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) Ambos (3) Ninguno (3)

SOLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MÁS

DATOS DEL FALLECIDO

18 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó? (Marcar en el sistema educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)
Nunca asistió (1) -S.E. No Reformado Incompleto Completo -S.E. Reformado Incompleto Completo
Primario (2) (3) Ciclos EGB (1º y 2º) (11) (12)
Secundario (4) (5) Ciclo EGB (3º) (13) (14)
-Superior o Universitario (5) (7) Polimodal (15) (16)

19 ¿Cuál era su situación laboral?
- Trabajaba o estaba de licencia (1)
- No trabajaba Buscaba trabajo (2)
No buscaba trabajo (3)

20 ¿Cuál era su ocupación habitual?: _____ No usar _____

SÓLO PARA FALLECIDOS MENORES DE 14 AÑOS (Incluyendo los menores de 1 año)

DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

21 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó? (Marcar en el sistema educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)
Nunca asistió (1) -S.E. No Reformado Incompleto Completo -S.E. Reformado Incompleto Completo
Primario (2) (3) Ciclos EGB (1º y 2º) (11) (12)
Secundario (4) (5) Ciclo EGB (3º) (13) (14)
-Superior o Universitario (6) (7) Polimodal (15) (16)

22 ¿Cuál es su edad? (años cumplidos): _____ años 23 ¿La madre convive en pareja? Sí (1) No (2) Responder preg. 24, 25 y 26 con los datos del conviviente exclusivamente.
(Ya sea casada o en unión de hecho) Pasar a preg. 25 y 26 y responderlas con los datos de la madre exclusivamente.

DATOS DEL CONVIVIENTE (Si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

24 ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó? (Marcar en el sistema educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)
Nunca asistió (1) -S.E. No Reformado Incompleto Completo -S.E. Reformado Incompleto Completo
Primario (2) (3) Ciclos EGB (1º y 2º) (11) (12)
Secundario (4) (5) Ciclo EGB (3º) (13) (14)
-Superior o Universitario (6) (7) Polimodal (15) (16)

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

25 ¿Cuál era su situación laboral? - Trabajaba o estaba de licencia (1) - No trabajaba: Buscaba trabajo (2) No buscaba trabajo (3)

26 ¿Cuál era 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

27 ¿Cuál fue el peso del niño al nacer? -Gramos: _____ 29 Nació de un embarazo... Simple (1) → Pasar a sig. pregunta Múltiple (2) → El que produjo _____ niños vivos y _____ defunciones fetales

28 ¿Cuál fue su peso al morir? -Gramos: _____ 30 ¿Cuántas semanas completas duró su gestación? -Semanas completas: _____

31 ¿En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño? (Día / Mes / Año) _____ 32 Contando hasta el de este niño, inclusive, ¿Cuántos embarazos tuvo la madre?: _____ 33 Entre todos estos embarazos, ¿cuántos hijos nacidos vivos tuvo?: _____ ¿Y cuántas defunciones fetales?: _____

PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME Médico (1) Apellido y Nombre: _____ Matrícula profesional N°: _____ Firma: _____
Otro (2) Domicilio Profesional: Calle: _____ N°: _____ Sello: _____
Localidad: _____ Teléfono: _____