

Sin validez legal para trámites (Ley Nacional N° 17622)

Para la Oficina del Registro Civil se llenar por el médico	MINISTERIO DE SALUD DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA estadistica.salud@cba.gov.ar	Av. Vélez Sarsfield 2300 Tel/Fax: 4688635	Acta N° Folio N° Tomo Serie
	El suscrito Dr. certifica haber comprobado el fallecimiento de de años de edad, domiciliado en		
	Calle N° Localidad D.N.I.		
	Fecha del deceso Hora del deceso		
	Causa inmediata de la muerte		
.....
Sello	Firma del médico	Matrícula	

INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN (datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo a la Ley Nacional 17.622)

DATOS PARA SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL	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 llenado por el médico certificante)

5 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte? SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> → Pasar a Preg. 7	6 ¿Lo atendió el médico que suscribe? SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/>
---	---

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente. Causas antecedentes Estados morbosos, si existiera alguno, que le produjo 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) <input type="text"/> b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <input type="text"/> c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <input type="text"/> No Usar <input type="text"/>	Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte <input type="text"/>
--	---	---

8 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 8 <input type="checkbox"/>
b) Cómo se produjo. Describir las circunstancias o situación en que aconteció como por ejemplo, caída de andamio, herido de 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 o pasajero, etc.			
c) Lugar donde ocurrió el hecho			

9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS Estuvo embarazada en los últimos 12 meses? SI 1 <input type="checkbox"/> NO 2 <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="checkbox"/> → continuar abajo	Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año
---	--

DATOS DEL FALLECIDO (podrá ser cumplimentado por el Registro Civil) DNI:

Apellido/s	Nombre/s
10 Fecha de la defunción Día Mes Año 	11 Fecha de nacimiento Día Mes Año

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda) Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar solo los años <input type="text"/> Si la edad es de 1 año, pero menos de un año consignar solo meses y días <input type="text"/> <input type="text"/> Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos <input type="text"/> <input type="text"/>	13 Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/>
--	---

14 Ocurrió... Establecimiento de salud público 1 <input 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"/> → Pasar a Preg. 15	Nombre del establecimiento:
---	---

15 Domicilio donde se produjo: calle y N° / Barrio / Ruta y Km. Localidad / paraje: Departamento o Partido Provincia o país (para extranjeros)
--

16 Vivía habitualmente (puede no coincidir con el DNI), en: calle y N° / Barrio / Ruta y Km. Localidad / paraje: Departamento o Partido Provincia o país (para extranjeros)

17 Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de 1 año, completar con los datos de la madre) Obra Social 1 Plan de salud privado o mutual 2 Ambos 3 Ninguno 4
