

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

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

| | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| 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 |

SOLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MAS

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 | 01 | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| * S.E. No reformado | Incompleto | | Completo | | | * S.E. Reformado | Incompleto | Completo | | |
| Primario | 02 | <input type="checkbox"/> | 03 | <input type="checkbox"/> | | * Ciclo EGB (1° y 2°) | 11 | <input type="checkbox"/> | 12 | <input type="checkbox"/> |
| Secundario | 04 | <input type="checkbox"/> | 05 | <input type="checkbox"/> | | * Ciclo EGB (3°) | 13 | <input type="checkbox"/> | 14 | <input type="checkbox"/> |
| * Superior o universitario | 06 | <input type="checkbox"/> | 07 | <input type="checkbox"/> | | * Polimodal | 15 | <input type="checkbox"/> | 16 | <input type="checkbox"/> |

19 ¿Cuál era su situación laboral? Orden N°

| | | | |
|----------------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| * Trabajaba o estaba de licencia | 01 | <input type="checkbox"/> | |
| * No trabajaba | Buscaba trabajo | 02 | <input type="checkbox"/> |
| | No buscaba trabajo | 03 | <input type="checkbox"/> |

20 ¿Cuál era su ocupación habitual?

SOLO PARA 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

MADRE

21 ¿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"/> | | | | | | | | |
| * S.E. No reformado | Incompleto | | Completo | | | * S.E. Reformado | Incompleto | Completo | | |
| Primario | 02 | <input type="checkbox"/> | 03 | <input type="checkbox"/> | | * Ciclo EGB (1° y 2°) | 11 | <input type="checkbox"/> | 12 | <input type="checkbox"/> |
| Secundario | 04 | <input type="checkbox"/> | 05 | <input type="checkbox"/> | | * Ciclo EGB (3°) | 13 | <input type="checkbox"/> | 14 | <input type="checkbox"/> |
| * Superior o universitario | 06 | <input type="checkbox"/> | 07 | <input type="checkbox"/> | | * Polimodal | 15 | <input type="checkbox"/> | 16 | <input type="checkbox"/> |

22 ¿Cuál es su edad? (años cumplidos) Años

23 ¿La madre convive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho) SI NO

→ Responder Preg. 24, 25 y 26 Con los datos del padre exclusivamente

→ Pasara Preg. 25 y 26 y responderas con los datos de la madre exclusivamente

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

PADRE

24 ¿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"/> | | | | | | | | |
| * S.E. No reformado | Incompleto | | Completo | | | * S.E. Reformado | Incompleto | Completo | | |
| Primario | 02 | <input type="checkbox"/> | 03 | <input type="checkbox"/> | | * Ciclo EGB (1° y 2°) | 11 | <input type="checkbox"/> | 12 | <input type="checkbox"/> |
| Secundario | 04 | <input type="checkbox"/> | 05 | <input type="checkbox"/> | | * Ciclo EGB (3°) | 13 | <input type="checkbox"/> | 14 | <input type="checkbox"/> |
| * Superior o universitario | 06 | <input type="checkbox"/> | 07 | <input type="checkbox"/> | | * Polimodal | 15 | <input type="checkbox"/> | 16 | <input type="checkbox"/> |

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

PADRE / MADRE

25 ¿Cuál era su situación laboral?

| | | | |
|----------------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| * Trabajaba o estaba de licencia | 1 | <input type="checkbox"/> | |
| * No trabajaba | Buscaba trabajo | 2 | <input type="checkbox"/> |
| | No buscaba trabajo | 3 | <input type="checkbox"/> |

26 ¿Cuál era su ocupación habitual?

COMPLETAR EN CASO DE SER MENOR DE 1 AÑO (Solo para fallecidos que no tienen 1 año cumplido)

DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MÉDICO

27 ¿Cuál fue el peso del niño al nacer? - Gramos

28 ¿Cuál fue su peso al morir? - Gramos

29 Nació de un embarazo...

* Simple 1 → Ir a la pregunta siguiente

* Múltiple 2 → el que produjo Niños vivos

defunciones fetales

30 ¿Cuántas semanas completas duró la 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? Embarazos

33 ¿Entre todos estos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos tuvo?

¿Y cuántas defunciones fetales?

PERSONA QUE CUMPLIMENTA EL INFORME

| | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------|
| Médico 1 <input type="checkbox"/> | Apellido y nombre: | Matrícula Profesional N° | Firma: |
| Otro 2 <input type="checkbox"/> | Domicilio Profesional: Calle: | N° | Sello: |
| | Localidad: | Tel: | |