

PROVINCIA DEL CHUBUT CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

DEPARTAMENTO o PARTIDO	DELEGACIÓN o REGISTRO CIVIL	Tomo	Folio	Acta
Certifico que don/a _____ (Nombre y Apellido del Fallecido)		de Sexo: F <input type="checkbox"/> Doc. de Identidad Tipo _____ M <input type="checkbox"/> N° _____		
Domiciliado en _____ de _____ Calle y N° Localidad o Paraje, Provincia		Falleció por _____ Causa Inmediata.		
El día _____ de _____ de _____ a las _____ hs. Dejo constancia que los datos referidos los obtuvo al haber: Asistido al Paciente <input type="checkbox"/> Reconocido el Cadáver <input type="checkbox"/> Practicada la Pericia Médica Legal <input type="checkbox"/>				
Nombre y Apellido del Médico _____ Mat. Prov. N° _____		Firma y sello del profesional		
Domicilio profesional _____ Tel. _____				
Lugar y Fecha de Certificación _____				

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17622)

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

1 Fecha de inscripción		Día	Mes	Año
2 Departamento o Partido		3 Delegación o Registro Civil Número		
Doc. Tipo/N°		4 Tomo Folio Acta		
N°	Piso	Dpto. /Pieza	Barrio	
Nombre calle, camino, ruta, Km				

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 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 I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente. CAUSA DE LA DEFUNCIÓN CAUSAS ANTECEDENTES CAUSA BÁSICA Mencione en c) la CAUSA BÁSICA QUE PRODUJO LA MUERTE.	a) _____		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte.
	b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) _____		
	c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)-CAUSA BASICA _____		
II) Otros estados patológicos significativos que contribuyen a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo, _____			
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 9 <input 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.			
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 9 <input type="checkbox"/>	¿Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año

DATOS DEL FALLECIDO

Doc. Tipo N°	
Apellido/s _____ Nombre/s _____	
10 Fecha de la defunción	11 Fecha de nacimiento
12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)	13 Sexo al nacer
14 Ocurrió en...	13bis Género
15 Domicilio donde se produjo: Calle y N°/Ruta y Km.: _____	
16 Vivía habitualmente en: Calle y N°/Ruta y Km.: _____	
17 Pertenece o estaba asociado a: (Si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)	

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

SOLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MÁS

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"/>	– Ciclos EGB (1ro y 2do)	11	12
– Secundario	04	<input type="checkbox"/>	05	<input type="checkbox"/>	– Ciclo EGB 3ro.	13	14
• Superior o universitario	06	<input type="checkbox"/>	07	<input type="checkbox"/>	– Polimodal	15	16

19 ¿Cuál es su situación laboral?

• Trabajaba o estaba de licencia 1

• No trabajaba

[Buscaba trabajo 2

[No buscaba trabajo 3

20 ¿Cuál es 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 ESTA INSCRIBIENDO

Hijo/a/de:

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"/>	– Ciclos EGB (1ro y 2do)	11	12
– Secundario	04	<input type="checkbox"/>	05	<input type="checkbox"/>	– Ciclo EGB 3ro.	13	14
• Superior o universitario	06	<input type="checkbox"/>	07	<input type="checkbox"/>	– Polimodal	15	16

22 ¿Cuál es su edad? (años cumplidos)

• Años

23 ¿La madre vive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho)

Si → Responder preg. 24, 25, y 26 con los datos del padre exclusivamente

No → Pasar a preg. 25 y 26 y responderlas con los datos de la madre exclusivamente

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

Hijo/a/de:

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"/>	– Ciclos EGB (1ro y 2do)	11	12
– Secundario	04	<input type="checkbox"/>	05	<input type="checkbox"/>	– Ciclo EGB 3ro.	13	14
• Superior o universitario	06	<input type="checkbox"/>	07	<input type="checkbox"/>	– Polimodal	15	16

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

PADRE/MADRE:

25 ¿Cuál es su situación laboral?

• Trabaja o está de licencia 1

• No trabaja

[Busca trabajo 2

[No busca trabajo 3

26 ¿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 A SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MEDICO

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 pregunta siguiente

• Múltiple 2 → el que produjo: niños vivos, y 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 CUMPLIMENTÓ 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.:	