



DATOS DEL FALLECIDO

1. Apellido: G 2. Nombre: JAZMIN
3. DNI/EE/CC/PAS No.: 58 4. Sexo: 1. Varón ☐ 2. Mujer ☒ 3. Indeterminado ☐
5. Fecha de nacimiento: 22 / 02 / 2021 6. Fecha de defunción: 14 / 05 / 2021 7. Hora: 05 : 44
8. Edad al momento de fallecimiento:
• Si la edad es de 1 año cumplido o más consignar solo años Años _____
• Si la edad es de 1 día o más, pero menos de un año, consignar solo meses y días Meses 2 Días 22
• Si la edad es menos de 1 día Indicar horas y minutos Horas _____ Minutos _____
9. Lugar de nacimiento (País/provincia): Buenos Aires Argentina 10. Nacionalidad: Argentina
11. Domicilio: a) Calle _____ b) Nº _____
12. Domicilio habitual: a) Calle Islas Malvinas b) Nº 4432
c) Localidad/paraje: ZARATE
d) Departamento/partido: ZARATE
e) Provincia: Buenos Aires f) País: Argentina
13. Pertenecía/estaba asociado/a: 1. Plan de salud privado/mutual ☐ 2. Obra social ☒ 3. Ambos ☐ 4. Ninguno ☐
14. ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción alcanzado? (Completar en casos de fallecidos de 14 años y más)
1. Nunca asistió ☐ 2. Primario ☐ 3. Secundario ☐ 4. Ciclos EGB (1º-2º) ☐ 5. Ciclos EGB (3º) ☐ 6. Polimodal ☒ 7. Superior/Universitario ☐
15. ¿Completó ese nivel? 1. Si ☐ 2. No ☐
16. ¿Cuál era su situación laboral? 1. Trabajaba o estaba de licencia ☐ 2. No trabaja/busca trabajo ☐ 3. No trabaja/No busca trabajo ☐

CAUSAS DEL FALLECIMIENTO

17. a) Causa inmediata: Arritmia Cardiaca intervalo entre el de comienzo de la enfermedad y la muerte _____
debido a (como consecuencia de) ↓
b) Causa mediata: Síndrome Genético Displasia Broncopulmonar
debido a (como consecuencia de) ↓
c) Causa original: Prematuridad Extrema
Otros estados patológicos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo
Parte 2: Hidrocefalia Cardiopatía Congénita
18. ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad que lo condujo a la muerte? 1. Si ☒ 2. No ☐ 19. ¿Lo atendió el médico que suscribe? 1. Si ☐ 2. No ☒
20. Para mujeres de 10 a 59 años cumplidos: ¿Estuvo embarazada en los últimos 12 meses? 1. Si ☐ → ¿Cuál era la fecha de terminación de ese embarazo? ____/____/____
2. No ☐
3. Se ignora ☐

MODELO DE CERTIFICADO MEDICO
E INFORME ESTADISTICO DE
DEFUNCION.

POR FAVOR HACERLO CON
LAPICERA AZUL

ante (familiar/allegado) un mail de contacto para
el Registro Civil (Guzman 780)

especialistas en temas de familia,
COMUNA 8 (Lunes y Miércoles de 09 a 14 hs.)
a 14 hs.) - COMUNA 15

de la Ciudad. Podés solicitar turnos o realizar
trabajos -incluso feriados- 07:00 a 14:00 hs.)

INTERVENCIÓN DEL MÉDICO (para todas las defunciones)

21. Intervención médica

1. Por haber reconocido el cadáver personalmente ☐
2. Por haber asistido al difunto durante la última enfermedad ☒
24. Fecha de expedición 14 / 05 / 2021
26. Lugar de la defunción, calle y n° Av. Luis María Campos 726 8vo piso (CABA)
27. Ocurrió en:
1. Establecimiento de salud público ☐
2. Establecimiento de salud privado ☒
3. Vivienda, domicilio particular ☒
4. Otro lugar (lugar de ancianos, lugar público) ☐

22. Constatación Fallecimiento

1. Paro cardiorespiratorio ☒
2. Muerte Encefálica (Ley 26.066) ☐
25. Hora: 11:33

23. Constatación de Identidad

1. Conocimiento propio ☒
2. Terceros ☐

28. Observaciones:

La muerte del causante ha sido consecuencia de causas naturales y no ha sido producida por causa alguna de violencia que impida la cremación ☐

COMPLETAR SOLO EN CASOS DE FALLECIDOS MENORES DE 14 AÑOS

29. Apellido y nombre de la MADRE: ALVAREZ [REDACTED]
30. Apellido y nombre del PADRE: G [REDACTED] Luis Andrés

DATOS DE LA MADRE

31. Edad: 29 32. Lugar de nacimiento (país/provincia): Argentina - Provincia de Buenos Aires
33. ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción alcanzado?
1. Nunca asistió ☐ 2. Primario ☐ 3. Secundario ☐ 4. Ciclos EGB (1°-2°) ☐ 5. Ciclos EGB (3°) ☐ 6. Polimodal ☐ 7. Superior/Universitario ☒
34. ¿Completó ese nivel? 1. Sí ☐ 2. No ☒
35. ¿Cuál es su situación laboral? 1. Trabaja/está de licencia ☐ 2. No trabaja/busca trabajo ☐ 3. No trabaja/No busca trabajo ☒
36. Pertenece/está asociada a: 1. Plan de salud privado/mutual ☐ 2. Obra social ☒ 3. Ambos ☐ 4. Ninguno ☐
37. ¿La madre convive en pareja? 1. Sí ☒ 2. No ☐ (Si la respuesta es Sí, completar con los datos del padre o conviviente)

DATOS DEL CONVIVIENTE

38. ¿Cuál es el máximo nivel de instrucción alcanzado?
1. Nunca asistió ☐ 2. Primario ☐ 3. Secundario ☐ 4. Ciclos EGB (1°-2°) ☐ 5. Ciclos EGB (3°) ☐ 6. Polimodal ☒ 7. Superior/Universitario ☐
39. ¿Completó ese nivel? 1. Sí ☒ 2. No ☐
40. ¿Cuál es su situación laboral? 1. Trabaja/está de licencia ☒ 2. No trabaja/busca trabajo ☐ 3. No trabaja/No busca trabajo ☐

COMPLETAR SOLO EN CASOS DE FALLECIDOS DE MENORES DE 1 AÑO

41. ¿Cuál fue el peso al nacer? 990 (grms.)
42. Nacido de embarazo: 1. Simple ☒ 2. Múltiple ☐
43. El que produjo 1. Niños vivos 2. Defunciones Fetales
44. ¿Cuál fue el peso al morir? 1950 (grms.)
45. ¿Cuántas semanas completas duró la gestación? 29
46. Incluyendo este niño, cuántos embarazos tuvo la madre? 2
47. En todos los embarazos, ¿cuántos hijos nacidos vivos tuvo? 2
48. ¿Cuántas defunciones fetales? 0

Médico certificante: Maria Jose [REDACTED] DNI/LE/LC/PAS N°: 28178 [REDACTED] Tel.: 4776 [REDACTED]

Matrícula profesional N°: ##### Establecimiento Asistencial: Hospital Militar Central

Firma y sello del profesional: Firma del profesional Sello del profesional

AUTORIZACIÓN DE RETIRO DE CUERPO Y EMISIÓN DE LICENCIA

Se autoriza a la empresa funeraria: Registrada con el N°

Correo electrónico: a proceder al retiro del cuerpo de:

y a tramitar la licencia de inhumación/cremación, según corresponda Inhumación ☐ Cremación ☒

con destino a:

DATOS DEL AUTORIZANTE

Nombre y apellido: Vínculo: Firma (autorizante):

Domicilio: Teléfono:

Correo electrónico: Sello del establecimiento

HOSPITAL MILITAR CENTRAL
GRUPO PEDIATRICO S.A.