



CERTIFICADO MÉDICO E INFORME ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN



DATOS DEL FALLECIDO

1. Apellido _____ 2. Nombre _____

3. DNI/LE/LC/PAS No: _____ 4. Sexo 1. Varón 2. Mujer 3. Indeterminado

5. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 6. Fecha de defunción: ____/____/____ 7. Hora: Minutos:

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 _____ Días _____
- Si la edad es menos de 1 día indicar horas y minutos Hora: Minutos:

9. Lugar de nacimiento (País/provincia): _____ 10. Nacionalidad: _____

11. Domicilio: a) Calle _____ b) N° _____

12. Domicilio habitual: a) Calle _____ b) N° _____

c) Localidad/paraje: _____

d) Departamento/partido: _____

e) Provincia: _____ f) País: _____

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. Sí 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

Parte 1	a) Causa inmediata	intervalo entre el de comienzo de la enfermedad y la muerte
	debido a (como consecuencia de)	
	b) Causa mediata	
Parte 2	debido a (como consecuencia de)	
	c) Causa original	

Otros estados patológicos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo

Parte 2

18. ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad que lo condujo a la muerte? 1. Sí 2. No

19. ¿Lo atendió el médico que suscribe? 1. Sí 2. No

20. Para mujeres de 10 a 59 años cumplidos ¿Estuvo embarazada en los últimos 12 meses? 1. Sí → ¿Cuál era la fecha de terminación de ese embarazo? ____/____/____

2. No

3. Se ignora

¿Como recibo la partida de Defunción?

Al momento de realizar el trámite de inscripción de la defunción, en admisión y egresos del Hospital/Sanatorio se solicitará al autorizante (familiar/allegado) un mail de contacto para enviar el acta de defunción.

¿Existe algún espacio de orientación a las familias?

A través de la línea gratuita del #147 los vecinos podrán acceder telefónicamente a información sobre distintos servicios y trámites de la Ciudad. Podes solicitar turnos o realizar consultas, denuncias y reclamos de Lunes a Viernes 7:00 a 12:30 hs. Sábados, Domingos y Feriados 8:00 a 14:00 hs.
 Dirección DEFUNCIÓNES del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas . Domicilio: Guzman 780 (CABA) Tel.: 4553-1594 (Lunes a Domingos -incluso feriados- 07:30 a 12:30 hs.)
 www.buenosaires.gov.ar/registrocivil/defunciones
 Dirección General de Cementerios. Domicilio: Guzman 760 (CABA) de 07:30 a 12:30 hs. Tel.: 0800-444-CEME (2363)
 www.buenosaires.gov.ar/ambientesespaciopublico/espacio-publico/cementerios

01448560

01448560

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

22. Constatación Fallecimiento

1. Paro cardiorespiratorio
2. Muerte Encefálica (Ley 26.066)

23. Constatación de Identidad

1. Conocimiento propio
2. Terceros

24. Fecha de expedición _____ / _____ / _____

25. Hora: Minutos:

26. Lugar de la defunción, calle y n° _____ (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)

Nombre del establecimiento _____

28. Observaciones: _____

COMPLETAR SOLO EN CASOS DE FALLECIDOS MENORES DE 14 AÑOS

29. Apellido y nombre de la MADRE: _____

30. Apellido y nombre del PADRE: _____

DATOS DE LA MADRE

31. Edad: _____ 32. Lugar de nacimiento (país/provincia): _____

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 SI, 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? _____ (grms.)

42. Nacido de embarazo: 1. Simple 2. Múltiple

43. El que produjo Niños vivos
 Defunciones Fetales

44. ¿Cuál fue el peso al morir? _____ (grms.)

45. ¿Cuántas semanas completas duró la gestación? _____

46. ¿Incluyendo este niño, cuántos embarazos tuvo la madre? _____

47. En todos los embarazos, ¿cuántos hijos nacidos vivos tuvo? _____

48. ¿Cuántas defunciones fetales? _____

Médico certificante: _____ DNI/LE/LC/PAS N°: _____ Tel.: _____

Matrícula profesional N° _____ Establecimiento Asistencial: _____

Firma agente RC: _____ Firma y sello del profesional: _____

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

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 de Hospital GCBA: _____