

Buenos
Aires
Ciudad**CERTIFICADO MÉDICO E INFORME
ESTADÍSTICO DE DEFUNCIÓN FETAL**

Certifico que el día _____ del mes _____ año _____ a las _____ Hs.

DATOS DE LA MADRE

1. Apellido y Nombre completo de la MADRE _____ 2. DNI/E/LC/PAS N° _____
3. Domicilio habitual calle y n° _____ 4. Localidad _____
5. Departamento o partido _____ 6. Prov./País _____
7. Fecha de nacimiento ____/____/____ 8. Lugar de nacimiento: _____ 9. Prov./País _____ 10. Edad madre _____ (años)
11. Contando hasta este inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre? _____ 12. Entre todos esos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos tuvo? _____ 13. y cuántas defunciones fetales? _____
14. ¿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 ☐
15. ¿Completó ese nivel? 1. Si ☐ 2. No ☒
16. ¿Cuál es su situación laboral? 1. Trabaja/está de licencia ☐ 2. No trabaja/busca trabajo ☐ 3. No trabaja/No busca trabajo ☐
17. Perteneció/esta asociada a: 1. Plan de salud privado/mutual ☐ 2. Obra social ☐ 3. Ambos ☐ 4. Ninguno ☐
18. ¿La madre convive en pareja? 1. Si ☐ 2. No ☐ (Si la respuesta es Si, completar con los datos del padre o conviviente)

DATOS DEL PADRE/CONVIVIENTE

19. ¿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 ☐
20. ¿Completó ese nivel? 1. Si ☐ 2. No ☐
21. ¿Cuál es su situación laboral? 1. Trabaja/está de licencia ☐ 2. No trabaja/busca trabajo ☐ 3. No trabaja/No busca trabajo ☐
22. Perteneció/esta asociada a: 1. Plan de salud privado/mutual ☐ 2. Obra social ☐ 3. Ambos ☐ 4. Ninguno ☐

INTERVENCIÓN DEL MÉDICO

23. Extrajo ☐ Expulsó ☐ 24. ☒ Un feto NN nacido muerto de _____ meses de gestación
25. A raíz de esta defunción estuvo internada la madre en: ☐ 1 Establecimiento de salud público (nombre del establecimiento) _____
☐ 2 Establecimiento de salud privado (nombre del establecimiento) _____
☐ 3 No estuvo internada

CAUSA DE LA DEFUNCIÓN FETAL

- a) Enfermedad o afección principal del feto: _____
b) Otras enfermedades o afecciones del feto: _____
c) Enfermedad o afección principal de la madre que afecta al feto: _____
d) Otras enfermedades o afecciones de la madre que afectan al feto: _____
e) Otras circunstancias pertinentes: _____
26. ¿El feto presentaba señales de maceración? 1. Si ☐ 2. No ☒ 27. ¿El sexo del feto era? 1. Masculino ☐ 2. Femenino ☐ 3. Indeterminado ☐
28. Cuál fue la fecha de expulsión o extracción del feto? ____/____/____ 29. ¿Cuál fue el peso del feto? _____ (grs.)
30. La defunción provino de un embarazo: Simple 1 ☐ Múltiple 2 ☐ El que produjo → 31. Niños vivos _____ 32. Defunciones Fetales _____
33. Cuántas semanas completas duró la gestación? _____
34. Constatación fallecimiento por: 1. Haber atendido el parto ☐ 2. Comprobación posterior directa ☐
35. Fecha de expedición: ____/____/____ 36. Hora: _____

AUTORIZACIÓN DE RETIRO DE CUERPO Y EMISIÓN DE LICENCIA ENTREGADO A:

La muerte del causante ha sido consecuencia de causas naturales y no ha sido producida por causa alguna de violencia que impida la cremación Si ☐ No ☒
Médico certificante: _____ DNI N° _____ Tel.: _____
Matrícula profesional N° _____ Establecimiento Asistencial: _____
Sello del establecimiento _____ Firma y 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: _____
Domicilio: _____
Correo electrónico: _____
Teléfono: _____ Expediente Electrónico N°: _____ Sello del establecimiento: _____

00003134

00003134

¿Cómo 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. Si no contás con una cuenta de correo electrónico el acta estará disponible para su retiro en las oficinas del Registro Civil (Guzmán 780)

¿Existe algún espacio de orientación a las familias?

A) El espacio FAMILIA es un ámbito que ofrece el Gobierno de la ciudad donde te brindamos un espacio anónimo, atendido por profesionales especializados en temas de familia, donde vas a encontrar contención, asesoramiento, consejos y guías útiles para afrontar, con mayor contención situaciones difíciles.
Nos encontramos en la COMUNA 2 (Viernes de 09 a 14hs) COMUNA 4 (Martes y Jueves de 09 a 14hs) COMUNA 6 (Sábados de 11 a 15hs) COMUNA 8 (Lunes y Miércoles de 09 a 14hs) COMUNA 9 (Martes de 09 a 14hs) COMUNA 10 (Lunes y Viernes de 09 a 13hs) COMUNA 13 (Lunes de 09 a 16hs y Miércoles de 09 a 14hs) COMUNA 15 (Lunes y Miércoles de 09 a 14hs)

B) A través de la línea gratuita del **#147** los vecinos podrán acceder telefónicamente a información sobre distintos servicios y trámites de la Ciudad. Podés solicitar turnos o realizar consultas, denuncias y reclamos. De Lunes a viernes 7:00 a 00:00 hs. Sábados, Domingos y Feriados 8:00 a 14:00hs.

Dirección DEFUNCIONES del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas. Domicilio: Guzmán 780 (CABA) Tel.: 4553-1594 (Lunes a Domingos -Incluso feriados- 07:30 a 13:30 hs.)
www.buenosaires.gob.ar/registrocivil/defunciones

Dirección General de Cementerios. Domicilio: Guzmán 760 (CABA) de 07:30 a 13:30 hs. Tel.: 0800-444-CEME (2363)
www.buenosaires.gob.ar/ambienteyspaciopublico/espacio-publico/cementerios