


CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ACTA _____ FOLIO N° _____

EL SUBSCRITO DR. D. Cruz Hinta Maie CERTIFICA QUE Walter David
 DOMICILIADO EN Misiónes Chaco CALLE Y N° 12 111 Pc 11 Casa 366 s/N B° Sta. Ines
 EDAD 43 SEXO masculino L.C./L.E./D.N.I. 34.898.576 DE NACIONALIDAD Argentina
 ESTADO CIVIL se divorciado OCUPACIÓN se divorciado
 HIJO DE DON se divorciado Y DE DOÑA se divorciado
 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN pose consigna x LO QUE CONSTA POR CONOCIMIENTO PROPIO
 ENFERMEDAD
 MUERTE VIOLENTA: ACCIDENTE SUICIDIO HOMICIDIO DUDOSO CONOCIMIENTO DE TERCEROS
 EL DIA 15 DE Abril DE 2024 A LAS 14 HS EN Cas Pautico "El Grupo" Colonia Benitez Lugar y dirección
 OTORGADO EN Paie. Chaco EL 03 DE abril DE 2024


 DR. MAIE
 INSTITUTO MEDICO FORENSE
 PODER JUDICIAL - CHACO

CORTAR POR AQUI

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17.622)

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 llenados sólo por el médico certificante)

5) ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que lo condujo a la muerte? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → Pasar a preg. 7	6) ¿Lo atendió el médico que suscribe? Sí 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 produjeron 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) <u>A determinar por</u> b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) <u>este día</u> c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) _____	
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. c) Lugar donde ocurrió el hecho _____	
9) PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS ¿Estuvo embarazada en los últimos 12 meses? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/> → continuar abajo	
¿Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año	

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s <u>Duina</u>	Nombre/s <u>Walter David</u>
10) Fecha de nacimiento Día Mes Año <u>18</u> <u>10</u> <u>1980</u>	11) Fecha de la defunción Día Mes Año <u>15</u> <u>04</u> <u>2024</u>
12) Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda) Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años Si la edad es de 1 día o más, pero menor de un año consignar sólo meses y días Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos	13) Sexo Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/>
14) ¿Ocurrió en: 1 <input type="checkbox"/> Establecimiento de salud público 2 <input type="checkbox"/> Establecimiento privado, obra social, etc. 3 <input type="checkbox"/> Vivienda (domicilio) particular 4 <input checked="" type="checkbox"/> Otro lugar (vía pública, hogar ancianos, etc.)	Nombre del establecimiento: _____ No usar <input type="checkbox"/>
15) Domicilio donde se produjo: Calle y N°/Ruta y km: <u>Club Pautico "El Grupo" Colonia Benitez</u> Localidad/Paraje: <u>Colonia Benitez</u> Departamento o Partido: <u>1° de Mayo</u> Provincia: <u>Chaco</u>	No usar <input type="checkbox"/>
16) Vivía habitualmente en: Calle y N°/Ruta y km: <u>12 111 Pc 11 Casa 366 s/N B° Sta. Ines</u> Localidad/Paraje: <u>Misiónes</u> Departamento o Partido: <u>San Fernando</u> Provincia (o país para extranjeros): <u>Chaco</u>	No usar <input type="checkbox"/>
17) Pertenecía o estaba asociado a: (Si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre) • Obra social 1 <input type="checkbox"/> • Plan de salud privado o mutual 2 <input type="checkbox"/> • Plan de seguro público 3 <input type="checkbox"/> • Más de uno 4 <input type="checkbox"/> • Ninguno 5 <input type="checkbox"/>	

Continúa al dorso →