

Informe estadístico de Defunción

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

DATOS PARA SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

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 (Solo 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? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> → pasar a Preg. 7		6 ¿Lo atendió el médico que suscribe? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN		Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte	
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) _____ debido a (o como consecuencia de) b) _____ debido a (o como consecuencia de) c) _____	
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) Como se produjo. Describir las circunstancias y situación en que aconteció como por ejemplo, caída de andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicotrópico, 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		Cual fue la fecha de terminación de ese embarazo?	
Estuvo embarazada en los últimos doce meses? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/> → continuar abajo		Día Mes Año	

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s		Nombre/s	
10 Fecha de defunción		11 Fecha de nacimiento	
Día Mes Año		Día Mes Año	
12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)		13 Sexo	
- Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar solo los años - Si la edad es de 1 día o más, pero menor de un año, consigna sólo meses y días - Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos		Masculino 1 <input type="checkbox"/> Femenino 2 <input type="checkbox"/> Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>	
14 Ocurrió en ...		Nombre del establecimiento	
Establecimiento de salud público Establecimiento privado, obra social, etc. Vivienda (domicilio particular) Otro lugar (hogar de ancianos, vía pública, etc.)		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> → pasar a preg. 15	
15 Domicilio donde se produjo: Calle y N°/Ruta y Km: _____			
Localidad/Paraje: _____		Departamento o partido _____	
Provincia _____		Provincia _____	
16 Dónde vive habitualmente? Calle y N°/Ruta y Km: _____			
Localidad/Paraje: _____		Departamento o partido _____	
Provincia (o país para extranjeros) _____		País _____	
17 Pertenece 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"/> Ambos 3 <input type="checkbox"/> Ninguno 4 <input type="checkbox"/>			

**SOLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MAS
DATOS DEL FALLECIDO**

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

19 Cual es su situación laboral?
 Trabaja o está de licencia 1
 No trabaja Busca trabajo 2
 No busca trabajo 3

20 Cual es su ocupación habitual?

NO USAR

**SOLO PARA FALLECIDOS MENORES DE 14 AÑOS (Incluyendo a los menores de 1 año)
DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCION QUE SE ESTA INSCRIBIENDO**

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

22 Cual es su edad?
 (años cumplidos) Años

23 La madre convive en pareja?
 (ya sea casada o en unión de hecho) Sí 1
 No 2

→ Responder Preg. 24, 25 y 26 con los datos del padre exclusivamente
 → Pasar a Preg. 25 y 26 y responderlas con los datos de la madre exclusivamente

DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCION QUE SE ESTA INSCRIBIENDO

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

**DATOS DEL PADRE/MADRE (tachar lo que no corresponda)
AL MOMENTO DE LA DEFUNCION QUE SE ESTA INSCRIBIENDO**

25 Cual es su situación laboral?
 Trabaja o está de licencia 1
 No trabaja Busca trabajo 2
 No busca trabajo 3

26 Cual es su ocupación habitual?

NO USAR

**COMPLETAR EN CASO DE SER MENOR DE 1 AÑO (solo para fallecidos que no tienen un año cumplido)
DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MEDICO**

27 Cual fue el peso del niño al nacer? Gramos

28 Cual fue su peso al morir? Gramos

29 Nació de un embarazo ...
 Simple 1 → ir a pregunta siguiente
 Múltiple 2 → el que niños vivos, y
 produjo defunciones fetales

30 Cuántas semanas completas duró la gestación?
 semanas completas

31 En que 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 CUMPLIMIENTO EL INFORME

Médico 1 <input type="checkbox"/>	Otro 2 <input type="checkbox"/>	Apellido y Nombre _____	Matrícula Profesional N° _____	Firma _____
		Domicilio Profesional: Calle _____	N° _____	Sello _____
		Localidad: _____	Teléfono: _____	