



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/LE/CPAS 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. Contado hasta este inclusive, cuantos embarazos tuvo la madre? \_\_\_\_\_ 12. Entre todos esos embarazos, cuantos hijos nacidos vivos tuvo? \_\_\_\_\_ 13. y cuantas 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. Pertenencia/está asociada a: 1. Plan de salud privado/mutual  2. Obra social  3. Ambos  4. Ninguno   
 18. ¿La mamá 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. Pertenencia/está asociado a: 1. Plan de salud privado/mutual  2. Obra social  3. Ambos  4. Ninguno

**INTERVENCIÓN DEL MÉDICO**

23. Extrajo  Espulso  24.  Un feto NN padre/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 del nacimiento por: 1. Haber atendido el parto  2. Comprobación posterior directa   
 35. Fecha de expedición: \_\_\_\_\_ 36. Hom. \_\_\_\_\_

**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 certificador: \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_  
 Ya 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: \_\_\_\_\_

00000461



00000461



**¿Cómo recibir la partida de Defunción?**

Al momento de realizar el trámite de inscripción de la defunción, en además el Registro del Fungido, se otorga al autoritario (padre/madre o un hijo) el contacto para emitir el Acta de Defunción. Si se continúa con una cuenta de correo electrónico el Acta estará disponible para su revisión. Los oficios del Registro Civil (Guzmán 724).

**¿Puedo recibir apoyo de orientación a las familias?**

Al momento de emitir el Acta de Defunción, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires brinda un espacio anónimo, atendido por profesionales especializados e interdisciplinarios, donde las familias reciben orientación personalizada y guías (libros y guías) para afrontar, con mayor atención, situaciones difíciles. Más información en la COMUNA 2 (Viernes de 09 a 14hs) COMUNA 4 (Viernes y Jueves de 09 a 14hs) COMUNA 6 (Sábados de 11 a 15hs) COMUNA 8 (Lunes y Miércoles de 09 a 14hs) COMUNA 9 (Viernes de 09 a 14hs) COMUNA 10 (Lunes y Jueves de 09 a 14hs) COMUNA 11 (Lunes de 09 a 10hs y Miércoles de 09 a 14hs) COMUNA 13 (Lunes y Miércoles de 09 a 14hs).

Al haber desahogado la línea gratuita del 1147 los vecinos pueden acceder telefónicamente a información sobre distintos servicios y trámites de la Ciudad. Podés solicitar turno o cualquier consulta, por correo electrónico. De Lunes a Viernes 7:00 a 20:00hs. Sábados, Domingos y Feriados 8:30 a 18:00hs.

**Dirección DEPARTAMENTO del Registro del Estado Civil y Capacidad de las Personas, Dirección de Guzmán 710, CABA. TEL: 4553-1594 (Lunes a Domingo, incluso feriados-09:30 a 13:30hs).**

**Dirección General de Catastró, Dirección de Guzmán 700, CABA de 07:30 a 14:30hs. Tel.: 0800-444-COME (2353).**

www.buenosaires.gov.ar/bem y en cualquier espacio público o específicamente en internet.



G O B I E R N O D E L A C I U D A D D E B U E N O S A I R E S  
"2019 -Año del 25° Aniversario del reconocimiento de la autonomía de la Ciudad de Buenos Aires"

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico**

**Número:**

Buenos Aires,

**Referencia:** Certificado de defunción fetal

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.