



# 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: \_\_\_\_:\_\_\_\_

**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 Horas \_\_\_\_\_ 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. a) Causa inmediata intervalo entre el de comienzo de la enfermedad y la muerte:

--	--

debido a (como consecuencia de)

b) Causa mediata

--	--

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. Si no contás con una cuenta de correo electrónico el acta estará disponible para su retiro en las oficinas del Registro Civil (Guzman 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 14 hs.) COMUNA 4 (Martes y Jueves de 09 a 14hs) COMUNA 6 (Sábados de 11 a 15 hs.) COMUNA 8 (Lunes y Miércoles de 09 a 14 hs.) COMUNA 9 (Martes de 09 a 14 hs.) COMUNA 10 (Lunes y Viernes de 09 a 13 hs.) COMUNA 13 (Lunes de 09 a 16 hs. y Miércoles de 09 a 14 hs.) COMUNA 15 (Lunes y Miércoles de 09 a 14 hs.)

B) 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- 07:00 a 14:00 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

01340101



01340101





**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: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

26. Lugar de la defunción, calle y nº \_\_\_\_\_ (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: \_\_\_\_\_

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

**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 (1º-2º)  5. Ciclos EGB (3º)  6. Polimodal  7. Superior/Universitario

34. ¿Completó ese nivel? 1. Si  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. Pertenecer/está asociada a: 1. Plan de salud privado/mutual  2. Obra social  3. Ambos  4. Ninguno

37. ¿La madre convive en pareja? 1. Si  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 (1º-2º)  5. Ciclos EGB (3º)  6. Polimodal  7. Superior/Universitario

39. ¿Completó ese nivel? 1. Si  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 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 (autorizante): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Sello del establecimiento: \_\_\_\_\_





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 nuevo

---

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