

CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION
(Marque fuerte con lápiz pasta una X en el casillero que corresponda)

PROVINCIA... *Tarapaca*
CIRCUNS... *Arica*
FECHA INSC... *17-6-81*
INSCRIPCION N°... *1790*
LEGAJADO A FOJAS... *246*

01
19
01
01

A. - INDIVIDUALIZACION DEL FALLECIDO

1.- NOMBRE: *DELMAS RAMIREZ JUAN ALBERTO* 2.- SEXO: H M

3.- ESTADO CIVIL: Soltero Casado Viudo 4.- EDAD: Años *30* Meses *0* Días *0* Horas *0* 5.- NIVEL INSTRUCCION: Superior Medio o secundario Primario Ninguno 6.- a) OCUPACION: *ejercito* b) CATEGORIA OCUPACIONAL: Patrón Empleado Obrero Trabajador por cuenta propia

7.- FECHA Y LUGAR DEL FALLECIMIENTO: Año *1981* Localidad *ARICA* Mes *JUNIO* Calle *Camino a Tiquimar* Día *13* No se puede precisar Local *Via Publica* 8.- RESIDENCIA HABITUAL: Provincia *I REGION* Localidad *ARICA* Calle *Belasquez 410* N° *410* Dpto. *12*

9.- COMPROBACION DE IDENTIDAD: a) Cédula N° *83.895* Gabinete Embarcación personal del médico c) Declaración de testigos
1) Don *[Firma]* Cédula N° *[Firma]* Gabinete *[Firma]*
2) Don *[Firma]* Cédula N° *[Firma]* Gabinete *[Firma]*

Firma Testigo 1 *[Firma]* Firma Testigo 2 *[Firma]*

10.- SOLO PARA UN FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O UNA DEFUNCION FETAL (Marque lo que corresponda)

a) Pesó al nacer..... grs.	d) DATOS DEL PADRE		e) DATOS DE LA MADRE	
b) Estado nutritivo previo a la enfermedad	NOMBRE.....	EDAD.....	NOMBRE.....	CASADA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Satisfactorio <input type="checkbox"/>	EDAD.....	OCUPACION.....	EDAD.....	Nº HIJOS HABIDOS POR LA MADRE
Deficiente <input type="checkbox"/>	NIVEL INSTRUCCION.....	OCUPACIONAL.....	Nº HIJOS HABIDOS POR LA MADRE	NIVEL INSTRUCCION
c) Nacido en el..... mes de gestación	Superior <input type="checkbox"/>	Patrón <input type="checkbox"/>	Actualmente vivos.....	Superior <input type="checkbox"/>
	Medio o secundario <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/>	Fallecidos.....	Medio o Secundario <input type="checkbox"/>
	Primario <input type="checkbox"/>	Obrero <input type="checkbox"/>	Nacidos muertos.....	Primario <input type="checkbox"/>
	Ninguno <input type="checkbox"/>	Trabajador por cuenta propia <input type="checkbox"/>	TOTAL.....	Ninguno <input type="checkbox"/>

B. - CERTIFICACION DE LA CAUSA DE MUERTE

11.- CAUSA DE MUERTE

Anote sólo un diagnóstico en cada una de las líneas.
En caso de una defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.

I a) CAUSA INMEDIATA: *Herida a bala, complicación, condición que produjo directamente la muerte*
"Debida a" o "como consecuencia de" *854.1*

b) CAUSAS ORIGINARIAS: *suicidio*
"Debida a" o "como consecuencia de" *955.2*

c)

II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES. Estados morbosos o condiciones (por ejemplo embarazo) de importancia

12.- FUNDAMENTO DE LA CAUSA DE LA MUERTE:

Auptosia Biopsia Operación Exs. de Laboratorio Cuadro clínico Información de testigos

13.- CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE:

a) Lugar de ocurrencia: Casa Vía pública Trabajo Otro b) Circunstancias: Peatón Conductor Pasajero Suicidio Homicidio Otro

14.- Atención médica del fallecido en su última enfermedad: Si No Duración de la atención *9*

15.- CALIDAD DEL MEDICO QUE CERTIFICA: Tratante Legista o patólogo Otro

16.- DATOS DEL MEDICO QUE CERTIFICA: Nombre *DR. CARLOS VILLAVICENCIO C.* Domicilio: Calle *18 de Septiembre* N° *1000* Otorgado *MEDICA* a *16* de *JUNIO* de 19*81*



(Imp. Registro Civil e Identificación)
Dirección de Estadísticas y Censos