





(ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA Y COLOQUE EN CADA CUADRO LA LETRA O NUMERO QUE CORRESPONDA)

A - USO EXCLUSIVO MEDICO (O MATRONA EN CASO DE DEFUNCION FETAL)

493926

1.- NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO <b>Jorge Alessandri Rodriguez</b>		CEDULA DE IDENTIDAD/GABINETE <b>170289-05 Fp</b>	
SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M M: Masculino <input type="checkbox"/> F F: Femenino	FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <b>19 05 1896</b>	EDAD Años cumplidos <b>90</b>	Sólo si es menor de un año Meses Días Horas Min.

TESTIGOS QUE CERTIFICAN LA IDENTIDAD DEL DIFUNTO:

1. Nombre: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

2.- DATOS DE LA DEFUNCION		SOLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCION FETAL.	
FECHA Y HORA Día Mes Año Hora Minutos <b>31 08 1986 21 30</b>		Peso al nacer (grs.) sem. gestación	Estado nutritivo previo a la enfermedad 1: Eutrófico 4: Desnutrición grado III 2: Desnutrición grado I 5: Ignorado 3: Desnutrición grado II
LOCAL 1: Hospital o Clínica <input checked="" type="checkbox"/> 1 2: Casa habitación 3: Otro	ESTABLECIMIENTO O DIRECCION <b>Hospital Militar</b>		COMUNA <b>Providencia</b>

3.- CAUSA DE LA MUERTE En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote MORTI - NATO.

I a) CAUSA INMEDIATA: (Enfermedad terminal, complicación o condición que produjo directamente la muerte). **Shock séptico**

b) CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades que provocan la causa inmediata o tipo de accidente, suicidio u homicidio). **Infección urinaria**

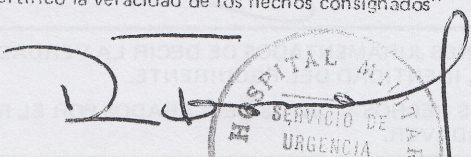
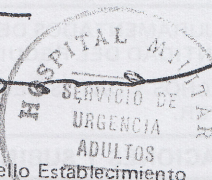
c) "Debida a" o "como consecuencia de"

II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES. Estados patológicos que contribuyeron a la defunción, pero no relacionado con la enfermedad que la causó. **Hemiplejía izquierda**

INTERVALO ENTRE LA INICIACION DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE.	USO M. SALUD
<b>24 Hr</b>	<b>5990</b>
<b>15 ds</b>	
<b>3 años</b>	

4.- FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE

<input checked="" type="checkbox"/> 5 1: Autopsia 2: Biopsia 3: Operación	<input type="checkbox"/> 4 4: Exs. Laboratorio 5: Cuadro Clínico 6: Información de Testigos	CASO MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE LUGAR DE OCURRENCIA 1: Casa 2: Vía Pública 3: Trabajo 4: Otro	CIRCUNSTANCIAS 1: Peatón 2: Conductor 3: Pasajero 4: Suicidio 5: Homicidio 6: Otro
--	--	---	--

ATENCION MEDICA ULTIMA ENFERMEDAD <input checked="" type="checkbox"/> 1 1: SI <input type="checkbox"/> 2: NO	CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA MEDICO 1: Tratante 2: Legista o Patólogo 3: Otro <input checked="" type="checkbox"/> 1	MATRONA 4: Inf. de Matrona	FECHA CERTIFICADO Día Mes Año <b>31 08 86</b>	"Certifico la veracidad de los hechos consignados"  Firma Médico y Sello Establecimiento 
--	--	-------------------------------	---	---

Nombre Médico: **Sergio Ferrer Ducaud**  
Rut: **[REDACTED]**  
Domicilio: **3355 Mahe 1380-2º**

B - INFORMACION ESTADISTICA (USO EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL O ADM. CEMENTERIOS)

IMPUESTO PAGADO

Certifico que la presente Copia Fotostática es trasunto fiel de la partida asentada en el registro respectivo que obra en poder de este Departamento General. Santiago, 30 SEP 2014 de 20...



44 M3  
ROBERTO GESELL BURNS  
UNIDAD DE REGISTROS Y DOCUMENTOS