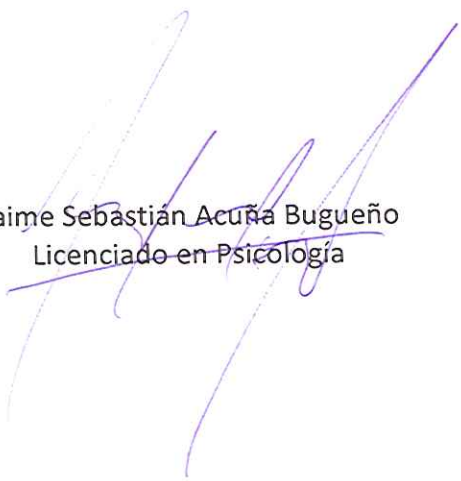


Estimada Francisca Morales:

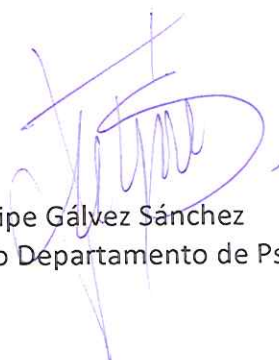
Junto con saludar me dirijo a usted -en su calidad de encargada ciclo terminal- por un asunto en particular. En mi familia ocurrió que hace algunas semanas falleció mi abuela (adjunto certificado de defunción) y esto me obligó a viajar al norte del país por un buen tiempo, para acompañar a otros miembros de mi familia y, como consecuencia, desatender lo que me queda del trabajo de la tesis. Entonces concretamente y por esta razón es que quiero pedir una extensión mínima del plazo de entrega de un mes para poder terminarla sin problemas. El profesor Felipe Gálvez Sánchez está enterado de la situación y de acuerdo con lo anteriormente planteado.

Está demás recalcar que estaría muy agradecido si la respuesta es positiva ya que este último tiempo ha sido complejo, la muerte de mi abuela (quien me crió durante los primeros 6 años de mi vida), por lo que su partida remeció todo.

Sin más, me despido.
Saludos cordiales.



Jaime Sebastián Acuña Bugueño
Licenciado en Psicología



Felipe Gálvez Sánchez
Académico Departamento de Psicología

25 de julio del 2017

CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION Y ESTADISTICA DE MORTALIDAD FETAL

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

2303235

A. USO EXCLUSIVO MEDICO (O MATRONA EN CASO DE DEFUNCIÓN FETAL)

1.- NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO						CEDULA DE IDENTIDAD					
ALENTINA DEL CARMEN PONCE MORENO						2313074-2					
SEXO		M. MASCULINO F. FEMENINO I. INDETERMINADO		FECHA DE NACIMIENTO		Día Mes Año.		EDAD Años Cumplidos		Sólo si es menor de un año	
F				04/11/1926		090					
TESTIGOS QUE CERTIFICAN LA IDENTIDAD DEL DIFUNTO: (Cuando no tiene Cédula de Identidad)											
1. Nombre:				C.I.:				Firma:			
2. Nombre:				C.I.:				Firma:			
2.- DATOS DE LA DEFUNCIÓN						SOLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL					
FECHA			HORA			Peso al nacer (grs)		Semanas gestación		Estado Nutritivo previo a la enfermedad	
Día Mes Año			Hora Minutos								
30/06/2017			18/02								
LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN			ESTABLECIMIENTO O DIRECCIÓN						COMUNA		
1. Hospital o Clínica 2. Casa habitación 3. Otro			HOSPITAL DR. CARLOS CISNEROS						CALATTA		
3.- CAUSA DE LA MUERTE. En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.											
CAUSA INMEDIATA: (Enfermedad o condición que produjo directamente la muerte)											
a) FALLA MULTIPLES ORGANOS											
- Debid a - o - Como consecuencia de -											
CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente, suicidio u homicidio que ocasionó la causa inmediata)											
b) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA											
- Debid a - o - Como consecuencia de -											
c) CA COLORECTAL											
II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES. (Contribuyentes a la defunción pero fuera de la cadena causal)											
HTA INFECCION RESPIRATORIA BAJA DURANTE QUIMIOTERAPIA											
4.- FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE						EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE					
1. Autopsia 2. Biopsia 3. Operación						LUGAR DE OCURRENCIA CIRCUNSTANCIAS TIPO					
5						1. Casa 2. Via Publica 3. Trabajo 4. Otro					
1. Exs. Laboratorio 2. Cuadro Clínico 3. Información de Testigos						1. Peaton 2. Conductor 3. Pasajero 4. Otra					
1. Accidente 2. Suicidio 3. Homicidio 4. Otro											
ATENCIÓN MÉDICA ÚLTIMA ENFERMEDAD			CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA:			FECHA CERTIFICADO			Firma Médico y Sello Establecimiento		
1. Si 2. No 3. Ignorado			MÉDICO OTROS			Día Mes Año					
1			1. Tratante 2A. Legista 2B. Patólogo 3. Otro			30/06/2017					
1			4. Información de Matrona 5. Testigos 6. Ignorado								
Nombre Médico: ANTONIO DONOSO						Firma Médico y Sello Establecimiento					
Rut: 8244345-0						Teléfono: 955138544					
Domicilio: C/61 JA 2453											

B. INFORMACIÓN ESTADÍSTICA (USO EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL O ADMINISTRACIÓN CEMENTERIOS)

RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (CALLE Y NÚMERO O LOCALIDAD Y COMUNA)								USO INE			
INSTRUCCIÓN				OCUPACIÓN				USO INE		NIVEL OCUPACIONAL	
1. Superior 2. Medio 3. Secundario 4. Básico o Primario 5. Ninguno								1. Patrón 2. Empleado 3. Obrero 4. Trabajador por cuenta propia			
5.- SOLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL.				1.- MENOR DE UN AÑO 2.- DEFUNCIÓN FETAL							
Nombre de la Madre											
ESTADO CIVIL				HIJOS: Incluyendo presente inscripción				FECHA PARTO / ABORTO ANTERIOR AL PRESENTE HIJO			
1. Soltera 2. Casada 3. Viuda				Vivos Fallecidos Mortinatos Total				1.- Parto 2.- Aborto			
								Día Mes Año			
EDAD Años cumpl.				INSTRUCCIÓN				OCUPACIÓN		USO INE	
1. Superior 2. Medio 3. Secundario 4. Básico o Primario 5. Ninguno								1. Patrón 2. Empleado 3. Obrero 4. Trabajador por cuenta propia			
Nombre del Padre											