

Javiera Verónica Yáñez

6 oct 2022,
18:09 (hace 5
días)

Estimada,
Le comento que antes de ayer falleció mi abuela.

Adjunto certificado de defunción. En él se indica que efectivamente tenía 95 años y que se encontraba con un cáncer en metástasis (info. que se encuentra en las justificaciones que envíe a ud. Y a diferentes profesores).
Mi abuela (Olimpia) es apellido Azocar, siendo mi papá apellido Yáñez Azocar.

Por orden de apellidos yo no cuento con el Azócar en mi nombre.

Lamentablemente desconozco de qué otra forma puedo documentar el tiempo que estuve con ella.
Si necesita otra documentación espero me lo haga saber a la prontitud.

Saludos.

=====

De: **Javiera Verónica Yáñez** <javiera.yanez.v@ug.uchile.cl>
Date: lun, **26 sept 2022** a las 16:21
Subject: Evaluaciones y situación familiar

Estimad-s,
Envío el presente correo a modo de justificación para las próximas entregas que tengo esta semana (soy estudiante de segundo año de sociología).
Desde hace unos meses mi abuelita de 95 años está con un cáncer en metástasis y el día de ayer sus signos vitales comenzaron a descender, entrando en un estado de semiconsciencia y sopor.
Por esta razón, desde ayer y por tiempo indefinido me encuentro acompañando y ayudando a mi familia con los cuidados de mi abuelita.
Posterior a esto, tendremos el proceso funerario, el cual será en Concepción, razón por la que tendré que viajar.

Por lo nombrado anteriormente, no podré terminar de prepararme para las próximas evaluaciones ni rendirlas, lo cual será por tiempo indefinido debido a que no sabemos cuánto tiempo más tendremos que acompañar a mi abuelita.
Ya me comuniqué y obtuve respuesta de profesores de dos ramos en los que tengo entregas, sin embargo por una entrega que tengo en grupo el día de hoy no hemos recibido respuesta (sociología política).

Espero su comprensión por la delicada situación familiar en la que me encuentro.
Saludos y buena semana.
Atentamente,
Javiera Yáñez.

CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCIÓN Y ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD FETAL (ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA Y COLOQUE EN CADA CUADRO LA LETRA O NÚMERO QUE CORRESPONDA)

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

3110298

1.- NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO OLIMPIA DEL CARMEN AZÓCAR SANTOS						CÉDULA DE IDENTIDAD 1972101-9					
SEXO	☒ M: MASCULINO ☐ F: FEMENINO ☐ I: INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO	Día 06	Mes 08	Año 1927	EDAD Años Cumplidos	95				
TESTIGOS QUE CERTIFICAN LA IDENTIDAD DEL DIFUNTO: (Cuando no tiene Cédula de Identidad)						Sólo si es menor de un año					
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		
Día	Mes	Año	Hora	Minutos					Estado Nutritivo previo a la enfermedad		
04	10	2022	03	30					☐ 1: Eutrófico ☐ 2: Desnutrición grado I ☐ 3: Desnutrición grado II ☐ 4: Desnutrición grado III ☐ 9: Ignorado		
LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN			ESTABLECIMIENTO O DIRECCIÓN						COMUNA		
2 1: Hospital o Clínica 2: Casa habitación 3: Otro			La aurora 1807						Vitacura		
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) PARO CARDIACO «Debida a» o «Como consecuencia de» _____											
CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente, suicidio u homicidio que ocasionó la causa inmediata)											
b) PARO RESPIRATORIO «Debida a» o «Como consecuencia de» _____											
c) ca renal etapa IV + metástasis											
II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES, (Contribuyentes a la defunción pero fuera de la cadena causal)											
HTA, DEPENDENCIA SEVERA											
4.- FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE						EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE					
☒ 1: Autopsia ☐ 2: Biopsia ☐ 3: Operación ☐ 4: Exs. Laboratorio ☐ 5: Cuadro Clínico ☐ 6: Información de Testigos						LUGAR DE OCURRENCIA ☐ 1: Casa ☐ 2: Via Pública ☐ 3: Trabajo ☐ 4: Otro CIRCUNSTANCIAS ☐ 1: Peatón ☐ 2: Conductor ☐ 3: Pasajero ☐ 4: Otra TIPO ☐ 1: Accidente ☐ 2: Suicidio ☐ 3: Homicidio ☐ 4: Otro					
ATENCIÓN MÉDICA ÚLTIMA ENFERMEDAD		CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA:		FECHA CERTIFICADO		Dra. Esterfania Guillén P. Rut: 25.012.070-2 Médico Cirujano _____ Firma Médico y Sello Establecimiento					
☒ 1: Sí ☐ 2: No ☐ 9: Ignorado		MÉDICO		Día Mes Año							
☒ 1: Si ☐ 2: No ☐ 9: Ignorado		OTROS		04 10 2022							
Nombre Médico: ESTERFANIA GUILLÉN PLUAS Rut: 25012070-2 Teléfono: 974375943 Domicilio: INDIANA 1195 - VITACURA											

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			
Último Curso Nivel ☐ 1: Superior ☐ 2: Medio ☐ 3: Secundario ☐ 4: Básico o Primario ☐ 5: Ninguno										USO INE ☐ 1: Patrón ☐ 2: Empleado ☐ 3: Obrero ☐ 4: Trabajador por cuenta propia			
5.- SÓLO 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					
☐ S: Soltera ☐ C: Casada ☐ V: Viuda				Vivos Fallecidos Mortinatos Total _____				1.- Parto 2.- Aborto Día Mes Año _____					
EDAD Años cump.		INSTRUCCIÓN		OCUPACIÓN		USO INE		NIVEL OCUPACIONAL					
☐ 1: Superior ☐ 2: Medio ☐ 3: Secundario ☐ 4: Básico o Primario ☐ 5: Ninguno		Último Curso Nivel ☐ 1: Patrón ☐ 2: Empleado ☐ 3: Obrero ☐ 4: Trabajador por cuenta propia		Último Curso Nivel ☐ 1: Patrón ☐ 2: Empleado ☐ 3: Obrero ☐ 4: Trabajador por cuenta propia		Último Curso Nivel ☐ 1: Patrón ☐ 2: Empleado ☐ 3: Obrero ☐ 4: Trabajador por cuenta propia							
Nombre del Padre													
EDAD Años cump.		INSTRUCCIÓN		OCUPACIÓN		USO INE		NIVEL OCUPACIONAL					
☐ 1: Superior ☐ 2: Medio ☐ 3: Secundario ☐ 4: Básico o Primario ☐ 5: Ninguno		Último Curso Nivel ☐ 1: Patrón ☐ 2: Empleado ☐ 3: Obrero ☐ 4: Trabajador por cuenta propia		Último Curso Nivel ☐ 1: Patrón ☐ 2: Empleado ☐ 3: Obrero ☐ 4: Trabajador por cuenta propia		Último Curso Nivel ☐ 1: Patrón ☐ 2: Empleado ☐ 3: Obrero ☐ 4: Trabajador por cuenta propia							

ORIGINAL : SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN