



Justificación de inasistencia

1 mensaje

Javiera Donoso Rojas <javiera.donoso.r@ug.uchile.cl>
Para: secest.antropologia@uchile.cl

30 de noviembre de 2022, 10:37

Estimada,

Junto con saludarle, le envío el certificado de defunción de mi abuelo (único documento que pude conseguir de momento) quien falleció el día martes y fue trasladado a su lugar de origen en la región del Maule el miércoles 23 de noviembre, donde se realizó el funeral. Esto, para justificar tanto la clase de inglés (Intermediate A 12) y las horas del curso Taller 2: Materialidad y Bioantropología, específicamente de la sección de bioantropología. Los profesores fueron informados el día anterior de la clase y solo me faltaba enviar el correo con el certificado.

De necesitar otro documento que certifique, trataré de mostrarlo a la brevedad. Que tenga una linda semana.

Saludos cordiales,
Javiera Donoso



20221130_102503.jpg
1318K

CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION Y ESTADISTICA DE MORTALIDAD FETAL (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)

1.- NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO <i>Wilson Guillermo Rojas Astudella</i>		CÉDULA DE IDENTIDAD <i>3645728</i>	
SEXO M: MASCULINO F: FEMENINO I: INDETERMINADO	FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <i>11/08/1945</i>	EDAD Años Cumplidos <i>77</i>	Solo si es menor de un año
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 DEFUNCION		SOLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCION FETAL	
FECHA Día Mes Año <i>22/11/2022</i>	HORA Hora Minutos <i>12:46</i>	Peso al nacer (grs)	Semanas gestación
LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCION 1: Hospital o Clínica 2: Casa habitación 3: Otro		ESTADO Nutritivo previo a la enfermedad 1: Eutrófico 2: Desnutrición grado I 3: Desnutrición grado II 4: Desnutrición grado III 5: Ignorado	
ESTABLECIMIENTO O DIRECCION <i>Hospital Dr. Gustavo Frick</i>		COMUNA <i>Pina del Mar</i>	

3.- CAUSA DE LA MUERTE. En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.		DURACION ENFERMEDAD	USO M. SALUD
CAUSA INMEDIATA: (Enfermedad o condición que produjo directamente la muerte) a) <i>Shock hemorrágico</i>			
CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente, suicidio u homicidio que ocasionó la causa inmediata) b) <i>Hemorragia digestiva alta</i>			
c)			

II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES, (Contribuyentes a la defunción pero fuera de la cadena causal) <i>Aneurisma abdominal de la aorta</i>		EN CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE	
4.- FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE		LUGAR DE OCURRENCIA	CIRCUNSTANCIAS
1: Autopsia 2: Biopsia 3: Operación		1: Casa 2: Via Pública 3: Trabajo 4: Otro	1: Peatón 2: Conductor 3: Pasajero 4: Otro

ATENCIÓN MÉDICA ÚLTIMA ENFERMEDAD	CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA	FECHA CERTIFICADO	
1: Sí 2: No 9: Ignorado	MÉDICO 1: Tratante 2A: Legista 2B: Patólogo 3: Otro	Otros 4: Información de Matrona 5: Testigos 9: Ignorado	Día Mes Año <i>22/11/2022</i>
Nombre Médico: <i>Gabriel Valenzuela Panto</i>		Firma Médico y Sello de Establecimiento	
Rut: <i>25730.038-5</i>		Teléfono: <i>32-2577603</i>	
Domicilio: <i>Alvarez 1532 Pina del Mar</i>			

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

RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO (CALLE Y NUMERO O LOCALIDAD Y COMUNA)		USO INE	
INSTRUCCION	OCUPACION	USO INE	NIVEL OCUPACIONAL
Último Curso Nivel 1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno			1: Patrón 2: Empleado 3: Obrero 4: Trabajador por cuenta propia

5.- SÓLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCION FETAL		1.- MENOR DE UN AÑO 2.- DEFUNCION 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	
EDAD Años cump.	OCUPACION	USO INE	NIVEL OCUPACIONAL
Último Curso Nivel 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			
EDAD Años cump.	OCUPACION	USO INE	NIVEL OCUPACIONAL
Último Curso Nivel 1: Superior 2: Medio 3: Secundario 4: Básico o Primario 5: Ninguno			1: Patrón 2: Empleado 3: Obrero 4: Trabajador por cuenta propia

ORIGINAL : SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN