

• Solicitudes - FACSO

• Solicitud de Inasistencia Justificada

Estudiante



Cristóbal Unda L.

21547175-6

Carreras

- Licenciatura en Sociología
- Sociología

Fecha Desde

15/11/2023 00:00

Fecha Hasta

17/11/2023 23:59

Comentarios
Estudiante

Adjunto el certificado de defunción de mi abuela, no pude asistir debido a que tuve que procesar el luto y acompañar a mi familia.

Debo decir que no pude conseguir el certificado de defunción del registro civil, ya que aún no está registrado como disponible, así que me conseguí el certificado de la clínica.

Archivos
Adjuntos

[Acta defunción Marta Torres_1.pdf](#) (525 kb)

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)

3323311

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

1.- NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO MARTA NELLY TORRES ZUAIGA						CÉDULA DE IDENTIDAD 6685663-1			
SEXO F M: MASCULINO F: FEMENINO I: INDETERMINADO	Día Mes Año 05 11 1950			EDAD Años Cumplidos 73	Sólo 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 DEFUNCIÓN				SOLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCIÓN FETAL							
FECHA Día Mes Año 14 11 2023			HORA Hora Minutos 17 20		Peso al nacer (gr)		Semanas gestación		Estado Nutritivo previo a la enfermedad		
LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN 1 1: Hospital o Clínica 2: Casa habitación 3: Otro				ESTABLECIMIENTO O DIRECCIÓN Hospital Dipreca, Vital Apocando #1200				COMUNA LAS CONDES			
3.- CAUSA DE LA MUERTE. En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.											
I CAUSA INMEDIATA: (Enfermedad o condición que produjo directamente la muerte)						DURACIÓN ENFERMEDAD					
a) Accidente Vascular Isquemico Múltiples Termitarios						12 días					
CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades, lesiones y tipo de accidente, suicidio u homicidio que ocasionó la causa inmediata)											
b) CANCER GASTRICO											
II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES, (Contribuyentes a la defunción pero fuera de la cadena causal)											
INFECCIÓN COVID-19											

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	
5						TIPO 1: Accidente 2: Suicidio 3: Homicidio 4: Otro	

ATENCIÓN MÉDICA ÚLTIMA ENFERMEDAD 1 1: Sí 2: No 9: Ignorado		CALIDAD DE QUIEN CERTIFICA: MÉDICO OTROS 3 1: Tratante 2A: Legista 2B: Patólogo 3: Otro 4: Información de Matrona 5: Testigos 9: Ignorado		FECHA CERTIFICADO Día Mes Año 14 11 2023	
Nombre Médico: Dr. Humberto José Balladares Bastidas					
Rut: 25.360.774-2 Teléfono: 22951 7100					
Domicilio: Vital Apocando #1200, Las Condes, Santiago					



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

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

ORIGINAL : SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN