



**JUZGADO DE FAMILIA Y  
VIOLENCIA FAMILIAR Nº 2 -  
Puerto Iguazu  
SECRETARÍA GENERAL**



Puerto Iguazú, 24 de Abril de 2025.-

**OFICIO Nº: 392/2025.-**

**AL REGISTRO DE LAS PERSONAS  
DE LA PROVINCIA DE MISIONES  
S/D**

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. por disposición de S.S. en los autos caratulados: **"EXpte. Nº 103884/2024 - CARBALLO ALEJANDRA S/ INSCRIPCION DE DEFUNCION"**, en trámite por ante el Juzgado de Familia y Violencia Familiar Nº 2 de la Tercera Circunscripción Judicial de la Provincia de Misiones, sito en calle Balbino Brañas Nº 85, 3er piso., de la Ciudad de Puerto Iguazú, Misiones, a cargo de la Dra. Maria Eugenia FIORANELLI, Jueza titular, Secretaría de Familia a mi cargo, con el objeto de comunicar que deberá proceder a inscribir el fallecimiento de quien en vida fuera la Sra. Alejandra CARBALLO ROMERO, DNI: 92.251.694, ocurrida, el día 21 de Septiembre de 2.007, en la Ciudad de Puerto Libertad, Provincia de Misiones.-

Para mayores recaudos legales se transcribe la parte pertinente de la sentencia que así lo ordena: *"Puerto Iguazú, Misiones, 19 de Marzo de 2025.- Y VISTOS: Los presentes autos caratulados "Expte. Nº 103884/2024 CARBALLO ALEJANDRA S/ INSCRIPCION DE DEFUNCION", en trámite ante este Juzgado de Familia y Violencia Familiar Nº 2 de esta Ciudad, Y RESULTA: (...) Y CONSIDERANDO (...) FALLO: 1º) ORDENAR inscribir el fallecimiento de quien fuera el vida la Sra. Alejandra CARBALLO ROMERO, DNI: 92.251.694, ocurrida, el día 21 de Septiembre de 2.007, en la Ciudad de Puerto Libertad, Provincia de Misiones.- 2º) LÍBRESE OFICIO al Registro de las Personas de la provincia de Misiones a los fines de su toma de razón. FIRME expídase testimonio previo pago de Tasa de Justicia.- (...) COPIESE. REGISTRESE. NOTIFÍQUESE.- Fdo. Dra. Maria Eugenia FIORANELLI Jueza de 1ra Instancia. Juzgado de Familia y Violencia Familiar Nº 2 Puerto Iguazú - Misiones"*

Sin otro particular saludo a Ud. muy atentamente.-

**Dra. Daiana Soledad RUFFINI**  
**SECRETARIA DE FAMILIA**  
Juzgado de Familia y Violencia familiar N° 2  
Puerto Iguazú-Misiones.-

POSADAS, 12 de mayo de 2025.-

**SR/A. SECRETARIO/A  
JUZGADO DE FAMILIA Y  
VIOLENCIA FAMILIAR N° 2  
DE LA 3° CIRCUNSC. JUDICIAL  
PUERTO IGUAZU - MISIONES**  
S / D

**Nota N° 862 / 2025.-**

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, en respuesta a vuestro **Oficio N° 392/2025** de fecha 24 de abril de 2025, librado en autos caratulados **“Expte. N° 103884/2024 CARBALLO ALEJANDRA S/ INSCRIPCION DE DEFUNCION”**, solicitándole que previo a dar cumplimiento a lo ordenado, remitan a esta Dirección General copia certificada del certificado médico de defunción, atento al tiempo transcurrido y lo previsto por el artículo 60, 63, 80 y consecuentes de la Ley 26413 y Disposición Interna de este Registro N° 1660/2020. En consecuencia y en relación a los artículos mencionados, le solicitamos tenga a bien ampliar vuestra sentencia, proporcionando a este Registro mediante providencia información respecto al deceso de CARBALLO ROMERO Alejandra, como ser causa del fallecimiento, nombre, apellido y número de matrícula del profesional que extendió el certificado de defunción, entre otros.-

atentamente.-

Sin otro particular, saludo a usted

CASTILLO  
Viviana Cristina  
Raquel

Firmado digitalmente por  
CASTILLO Viviana Cristina  
Raquel  
Fecha: 2025.05.12 11:31:15  
-03'00'

**OFICIO Nº: 613/2025.-**

Puerto Iguazú, Mnes, 05 de Junio de 2025.-

**SR. GERENTE DEL  
BANCO MACRO S.A.  
SUCURSAL PUERTO IGUAZÚ  
PROVINCIA DE MISIONES  
ATTE.**

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. por disposición de S.S. en los autos caratulados: "**Expte. Nº 103884/2024 CARBALLO ALEJANDRA S/ INSCRIPCION DE DEFUNCION**", en trámite por ante el Juzgado de Familia y Violencia Familiar Nº 2 de la Tercera Circunscripción Judicial de la Provincia de Misiones, sito en calle Balbino Brañas Nº 85, 3er piso., de la Ciudad de Puerto Iguazú, Misiones, a cargo de la Dra. Maria Eugenia FIORANELLI, Jueza de 1º Instancia, Secretaría de Familia a mi cargo, con el objeto de informar que, acorde a lo solicitado, se ha ampliado la Sentencia recaída en autos en fecha 19/03/2.025, oportunamente notificada a vuestro organismo mediante Oficio Nº 392/2025, agregando los datos necesarios para proceder a dar cumplimiento con lo allí dispuesto.-

Para mayor recaudo se transcribe la providencia que lo ordena: "Puerto Iguazú, Mnes, 05 de Junio de 2025.- **AUTOS Y VISTOS:** Los presentes autos caratulados "**Expte. Nº 103884/2024-CARBALLO ALEJANDRA S/ INSCRIPCION DE DEFUNCION**", en trámite ante este Juzgado de Familia y Violencia Familiar N.º 2 de Puerto Iguazú, **CONSIDERANDO:** (...) **RESUELVO: 1º)** Amplíese el texto del FALLO de la Sentencia de Fecha 19 de Marzo de 2.025, I.D. Nº 27901794, registrada en fecha 20/03/2.025 con Nº de Protocolo 573/2025, debiendo agregar que la Sra. Alejandra CARBALLO ROMERO, DNI: 92.251.694, fallece en su domicilio de la localidad de Puerto Libertad, Misiones, a causa de un Accidente Cerebro Vascular, acreditado con certificado de defunción expedido por la Dra. Myriam S. PEREZ, M.P. Nº 2207.- **2º)** LÍBRESE Oficio al Registro Provincial de las Personas a los fines de la toma de razón, adjuntando al Oficio la Copia Certificada del Certificado de Defunción

emitido por la profesional médica.- **3º)** Integre la presente resolución el texto de la Sentencia de Fecha 19 de Marzo de 2.025, I.D. N° 27901794, registrada en fecha 20/03/2.025 con N° de Protocolo 573/2025.- (... **6º)** COPIESE REGISTRESE Y NOTIFIQUESE.- Fdo. Dra. Maria Eugenia FIORANELLI Jueza Titular. Juzgado de Familia y Violencia Familiar N° 2. Pto. Iguazú - Misiones.-

Sin otro particular saludo a Ud. muy Atentamente.

**Dra. Daiana Soledad RUFFINI**  
**Secretaria de Familia**  
Juzgado de Familia y Violencia Familiar N° 2  
Puerto Iguazú, Mnes.

Digitally signed by RUFFINI Daiana  
Soledad  
Date: 2025.06.06 06:29:20 ART  
Reason: Poder Judicial de Misiones  
Location: Secretaria de Tecnologia  
Informatica

# SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

## SÓLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MÁS

### DATOS DEL FALLECIDO

**18** Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

• Nunca asistió	01	<input checked="" type="checkbox"/>
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo
-- Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>
-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>
S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
-- Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
-- Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>

**19** Cuál era su situación laboral?

• Trabajaba o estaba de licencia	1	<input type="checkbox"/>
• No trabajaba	2	<input type="checkbox"/>
Buscaba trabajo	3	<input type="checkbox"/>
No buscaba trabajo	3	<input type="checkbox"/>

**20** Cuál era su ocupación habitual?  
ADA DE CDM

## SÓLO PARA LOS FALLECIDOS MENORES DE 14 AÑOS (Incluyendo a los menores de 1 año)

### DATOS DE LA MADRE AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

**21** Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

• Nunca asistió	01	<input type="checkbox"/>
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo
-- Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>
-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>
S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
-- Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
-- Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>

**22** Cuál es su edad? (años cumplidos)      **23** La madre convive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho)

• Años: \_\_\_\_\_

Si 1  → Responder Preg. **24**, **25** y **26** con los datos del padre exclusivamente  
 No 2  → Pasar a Preg **25** y **26** y responderlas con los datos de la madre exclusivamente

### DATOS DEL PADRE (si corresponde) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

**24** Cuál es el máximo nivel de instrucción que alcanzó (marcar en el Sistema Educativo (S.E.) que corresponda, una sola casilla)

• Nunca asistió	01	<input type="checkbox"/>
• S.E. No reformado	Incompleto	Completo
-- Primario	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>
-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>
Superior o universitario	06 <input type="checkbox"/>	07 <input type="checkbox"/>
S.E. Reformado	Incompleto	Completo
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	11 <input type="checkbox"/>	12 <input type="checkbox"/>
-- Ciclo EGB 3ro.	13 <input type="checkbox"/>	14 <input type="checkbox"/>
-- Polimodal	15 <input type="checkbox"/>	16 <input type="checkbox"/>

### DATOS DEL PADRE/MADRE (tachar lo que no corresponda) AL MOMENTO DE LA DEFUNCIÓN QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

**25** Cuál era su situación laboral?

• Trabaja o esta de licencia	1	<input type="checkbox"/>
• No trabaja	2	<input type="checkbox"/>
Busca trabajo	3	<input type="checkbox"/>
No busca trabajo	3	<input type="checkbox"/>

**26** Cuál es su ocupación habitual?

## COMPLETAR EN CASO DE SER MENOR DE 1 AÑO (Sólo para fallecidos que no tienen un año cumplido)

### DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MÉDICO

**27** Cuál fue el peso del niño al nacer?      **28** Cuál fue su peso al morir?

• gramos: \_\_\_\_\_

**29** Nació de un embarazo...      **30** Cuántas semanas completas duró la gestación?      **31** En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño?

• Simple 1  → ir a pregunta siguiente

• Múltiple 2  → el que produjo: \_\_\_\_\_ niños vivos, y \_\_\_\_\_ defunciones fetales

• semanas completas: \_\_\_\_\_

Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**32** Contando hasta el de este niño, inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre?      **33** Entre todos estos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos tuvo?      • y cuántas defunciones fetales?

• embarazos: \_\_\_\_\_

• hijos nacidos vivos: \_\_\_\_\_

• defunciones fetales: \_\_\_\_\_

### PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

Médico 1       Otro 2

Apellido y nombre: PEREZ      Matricula Profesional N°: RP 2227      Firma: [Firma]

Domicilio Profesional: Calle JUAN D. PERAZ      N° 1331

Localidad: PR. CUBENAS      Teléfono: 03757-496055      Sello: [Sello]

# SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

**CERTIFICADO DE DEFUNCION**

DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_ REGISTRO CIVIL DE \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_  
Fecha de Inscripción \_\_\_\_\_ TOMO \_\_\_\_\_ FOLIO \_\_\_\_\_ ACTA \_\_\_\_\_

CERTIFICO que Don/ña CARBALLO DOMENOS ALEJANDRA Varón  Mujer   
D.N.I. / L.C. / C.I. 92251684 Domiciliado/a en calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Localidad PRO LIBERTAD Provincia MISIONES de 90 Años de edad, Nacido el 24 de ABRIL de 1914  
en \_\_\_\_\_ Estado Civil (1) \_\_\_\_\_ Nacionalidad PARAGUAYA Profesión u ocupación AAA DE CASA  
Ha fallecido de: Enfermedad  Muerte Violenta  El Día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200 \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ horas en: \_\_\_\_\_  
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad Sí 1  No 2  Lo atendió el médico Sí 1  No 2   
o lesión que le produjo la muerte? que suscribe  
Causa de la defunción a) Acc. cerebro vascular b) Envenenamiento  
Lugar donde ocurrió el hecho: en su domicilio  
**PROFESIONAL CERTIFICANTE**  
Nombre y Apellido ROJAS S. PEREZ Matrícula Profesional N° MP 2207  
Domicilio Profesional: Calle JUAN D. PERAZA N° 1331 Dto. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_  
Localidad PRO LIBERTAD Teléfonos \_\_\_\_\_  
**LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:**  
Lugar: PRO LIBERTAD  
Fecha: 21 de septiembre de 200 7.  
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

(1) Llenar este ítem solamente si presenta LIBRETA DE FAMILIA

# SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

(B) Para la Dirección de Estadísticas de Salud - Valor Estadístico

## Informe Estadístico de DEFUNCIÓN

(Datos amparados por el secreto estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17622)

**DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL**

<b>2</b> Departamento o Partido	<b>3</b> Delegación o Registro Civil	<b>Número</b>	<b>1</b> Fecha de inscripción						
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Día</td> <td style="width: 25%;">Mes</td> <td style="width: 25%;">Año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año							
			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">TOMO</td> <td style="width: 33%;">FOLIO</td> <td style="width: 33%;">ACTA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	TOMO	FOLIO	ACTA			
TOMO	FOLIO	ACTA							

**DATOS DE LA DEFUNCIÓN (Sólo para fines estadísticos y a ser llenado sólo por el médico certificador)**

<b>5</b> ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte?	Sí 1 <input checked="" type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>	→ Pasar a Preg. <b>7</b>	<b>6</b> Lo atendió el médico que suscribe?	Sí 1 <input checked="" type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
<b>7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN</b>						
I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.  Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica.  II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.	a)	Accidental cerebral vascular			INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE	
	b)	DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)				
	c)	DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)				
* Accidente 1 <input type="checkbox"/> * Suicidio 2 <input type="checkbox"/> * Homicidio 3 <input type="checkbox"/> * Se ignora 9 <input type="checkbox"/>						
<b>8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)</b>						
a) Indicar si fue por:						
b) Cómo se produjo. Describir las circunstancias o situación en que aconteció, como por ejemplo: caída de un andamio, herido por arma de fuego, intoxicación por psicotrópico, etc. Si fue accidente de transporte indicar el tipo de vehículo y si el fallecido era peatón, conductor, acompañante, pasajero, etc.						
c) Lugar donde ocurrió el hecho:						
<b>9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS</b>						
* Estuvo embarazada en los últimos doce meses?      Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/> Continuar abajo						
* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo?      Día      Mes      Año						
La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1 <input type="checkbox"/> Parto 2 <input type="checkbox"/> Puerperio 3 <input type="checkbox"/>						

**DATOS DEL FALLECIDO**

Apellido/s <u>CARBAJAL NOBRE</u>	Nombre/s <u>HELENA</u>
<b>10</b> Fecha de la defunción	<b>11</b> Fecha de nacimiento
Día      Mes      Año <u>21</u>   <u>04</u>   <u>2007</u>	<u>24</u> / <u>04</u> / <u>1917</u>
<b>12</b> Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)	
* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años	
* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días	
* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos	
Años: <u>90</u> Meses:      Días: Horas:      Minutos:	
<b>13</b> Sexo	
Masculino 1 <input type="checkbox"/>	
Femenino 2 <input checked="" type="checkbox"/>	
Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>	
<b>14</b> Ocurrió en...	
* Establecimiento de salud público 1 <input type="checkbox"/>	
* Establecimiento privado, obra social, etc. 2 <input type="checkbox"/>	
* Vivienda (domicilio) particular 3 <input checked="" type="checkbox"/>	
* Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) 4 <input type="checkbox"/>	
Nombre del establecimiento: <u>No Usar</u>	
<b>15</b> Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.:	
Localidad/Paraje: <u>San Lorenzo</u>	Departamento o Partido: <u>Yaguajay</u>
Provincia: <u>San Lorenzo</u>	
<b>16</b> Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.:	
Localidad/Paraje: <u>San Lorenzo</u>	Departamento o Partido: <u>Yaguajay</u>
Provincia (o país para extranjeros):	País:
<b>17</b> Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)	
* Obra Social 1 <input type="checkbox"/> * Plan de salud privado o mutual 2 <input type="checkbox"/> * Ambos 3 <input type="checkbox"/> * Ninguno 4 <input checked="" type="checkbox"/>	

Continúa al dorso →

# SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

En la ciudad de Posadas, Capital de la Provincia de Misiones, a los 06.....

del mes de Janio de 20 25....., ante mí, Jefe del Dpto. Jurídico

y Legalizaciones del Registro Provincial de las Personas, se registra el Expte.

N° M03-1-25 ..... de fecha.....

..... F° 151

en Expte N° 103884/2024 CARBALLO Alejandra  
S/ suscripción de defecion

de cuyo contenido doy fé. Referencia archivo; Libro n° 06 Folio 94 Año 2025

Trámite.....

.....

ELOISA ARACI SOSA  
Jefa Depto. Inspectoría  
Registro Provincial de las Personas



Registro Provincial de las Personas

# REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
7	1219	2025

DEFUNCIÓN

En Capital - SECC. 1° CENTRO  
 República Argentina, a Diez de Junio  
 de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de CARBALLO ROMERO Alejandra  
 Sexo: FEMENINO Nacionalidad: PARAGUAY  
 estado N/D  
 profesión \_\_\_\_\_ Doc. Ident DNI: 92251694  
 Domicilio Pto. Libertad - Misiones  
 Hijo de: \_\_\_\_\_  
 y de: \_\_\_\_\_  
 Nacido en República Del Paraguay el 24 de Abril de 1917  
 Ocurrida en: Puerto Libertad - Misiones  
 El 21 de Septiembre de 2007, a las se ignora horas  
 Causa de la Defunción: Accidente Cerebro Vascular  
 Certificado Médico: MEDICO MYRIAM SUSANA PEREZ  
 Era cónyuge de: \_\_\_\_\_  
 Declarante: \_\_\_\_\_ Doc. Ident: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_

Obra en Virtud de OFICIO N° 392/2025.EXPTE. N° 103884/2024 de fecha 24 de Abril de 2025. Venido del Juzgado de Familia y Violencia Familiar N° 2 de la Tercera Circunscripción Judicial de Puerto Iguazú - Misiones.Fdo. Dra. Maria Eugenia FIORANELLI, Jueza.Fdo. Dra. Daiana Soledad RUFFINI, Secretaria. Ref Expte. N° 1163 - J - 2025 R.P.P.



  
**RODRIGUEZ JUAN CARLOS**  
 Delegado Titular  
 Registro Provincial de las Personas