



JUZGADO DE INSTRUCCIÓN Nº 1 IV C.J.
PUERTO RICO, MISIONES

FOLIO

Nº _____

Puerto Rico, Misiones; 16 de Mayo de 2025.-

OFICIO MEC - ID Nº 28942396/2025

A la Sr/a. Director/a

Registro de las Personas

de la Provincia de Misiones

lrgalarza@rpp.jusmisiones.gov.ar

mdromadiuk@rpp.jusmisiones.gov.ar

aaramos@rpp.jusmisiones.gov.ar

Posadas, Misiones

SU DESPACHO:

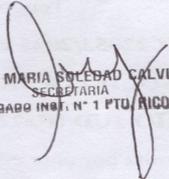
Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Por disposición de S.S. en **Incidente "Nº 22053/2025 caratulado "JEFE DE COMISARIA MONTECARLO UR XV S/SOLICITA INSCRIPCION ACTA DE DEFUNCION ANTE EL RPP EN SRIO JUD Nº572/22 DE QUIEN EN VIDA FUERE BAACKE OSCAR"** que se tramita por ante este JUZGADO DE INSTRUCCIÓN Nº 1 - IV C.J., Secretaría N.º 2, sito en Sarmiento Nº 251, Tel./FAX (03743) 420433 - Centrex 1633 juzgadoinstruccion1.puertorico@jusmisiones.gov.ar PUERTO RICO - MISIONES, a *mi cargo, llevando a su conocimiento lo dispuesto en autos que en su parte pertinente dice: "PUERTO RICO, Mnes., 16 de Mayo de 2025.- AUTOS Y VISTO:...RESULTA:...CONSIDERANDO:...RESUELVO: I- AUTORIZAR se proceda a la INSCRIPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN de quien en vida fuera Baacke Oscar, DNI Nº 17.878.621, cuyo fallecimiento se produjo en fecha Baacke Oscar,*

DNI N° 17.878.621, conforme al Certificado de Defunción extendido por el Dr. Acosta Milton Dario, Médico de Tribunales, del Poder Judicial de la provincia de Misiones. y lo establecido por la Disposición N° 1216/2020 del Registro Provincial de las Personas de la Provincia de Misiones y los arts 70 y 67 de la Ley 26.413.- II- REMITIR al Registro Provincial de las Personas de la Provincia de Misiones el "certificado de defunción", acta del "sistema de estadísticas vitales", copia certificada de "DNI", como así también el DNI original del ciudadano fuera Baacke Oscar, DNI N° 17.878.621, a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el punto anterior.- III- A los fines de la notificación electrónica (art. 153 CPPM y Acordada 79/20 STJM) EFECTUAR la misma al Ministerio Público Fiscal, a la Defensa Pública, teniéndose por debidamente notificado de las actuaciones precedentes.- IV- PROTOCOLÍCESE. NOTIFÍQUESE. COMUNÍQUESE. INSÉRTESE COPIA EN AUTOS.-

Sin Otro motivo me despido de Ud. Atte.

SEC. N° 2




Dra. MARIA SOLEDA CALVI
SECRETARIA
JUZGADO INOT. N° 1 PTO. RICO

Formulario de Entera Caduta
NO DA DEFUNCION

REGISTRO CIVIL DE NUMERO
Fecha de inscripción: Dia Mes Año
TOMO FOLIO ACTA
Verde Mujer

Domiciliada en calle: S/calle, s/n, B° 17 de octubre de 56 Años de edad, nacido el 05 de diciembre de 1966.
Provincia Misiones de 1966.

en Misiones Estado Civil (1) Nacionalidad argentina Profesión u ocupación
Ha habido de: Enfermedad Muere Violenta El Día 27 de diciembre de 2022 a las 18:00 horas en: B° 17 de Oct

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad? Si No Lo atendió el médico Si No
o lesión que le produjo la muerte? Muerte Súbita que suscriba Asesio Ventricular bi) c) Paro cardiorrespiratorio

Causa de la defunción a)
Lugar donde ocurrió el hecho: s/calle, s/n, B° 17 de Octubre
PROFESIONAL CERTIFICANTE Matrícula Profesional N° NPM00291

Nombre y Apellido: Milion Darío Acosta
Domicilio Profesional: Calle: Rebollo N° 1488 Dto. Pcia.

Lugar: Morque Judicial
Fecha: 28 de diciembre de 2022
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:
TELÉFONO:
FINA Y SELLO DEL MEDICO

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

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

(Datos preparados por el servicio estadístico, de acuerdo con la Ley Nacional 17322)

DATOS A SER LLENADOS POR EL REGISTRO CIVIL

1 Fecha de inscripción: Día Mes Año
2 Departamento o Partido: 3 Delegación o Registro Civil: Número: 4 TOMO: FOLIO: A:

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

6 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte? Si 1 No 2
7 Lo atendió el médico que suscribe? Si 1 No 2

7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN
i) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.
a) Muerte Súbita
b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Asistolia Ventricular
c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Paro cardiorrespiratorio
ii) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.

8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)
a) Indicar si fue por: * Accidente 1 * Suicidio 2 * Homicidio 3 * Se ignora 9
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 psicofármacos, etc. Si fue accidente de transporte indicar el tipo de vehículo y si el fallecido era peatón, conductor, acompañante, pasajero, etc.

9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 15 A 55 AÑOS CUMPLIDOS
* Estuvo embarazada en los últimos dos meses? Si 1 No 2 Se ignora 9
* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Día Mes Año
La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1 Parto 2 Puerperio 3

DATOS DEL FALLECIDO
Apellido/s: Basko Nombre/s: Oscar D.N.I. N°: 17.878.621

10 Fecha de la defunción: Día Mes Año: 2, 7 | 1, 2 | 2, 0, 2, 2 Fecha de nacimiento: 05/12/1966

12 Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)
* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años: Años 58
* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días: Meses 0, Días 0
* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos: Horas 0, Minutos 0
15 Sexo: Masculino 1 [X] Femenino 2 Indeterminado 3

14 Ocurrió en...
* Establecimiento de salud público 1 * Establecimiento privado, obra social, etc. 2
* Vivienda (domicilio) particular 3 * Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) 4
Nombre del establecimiento: s/calle s/n, B° 17 de Octubre Montecarios

16 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: s/calle s/n, B° 17 de Octubre
Localidad/Paraje: Montecarios Departamento o Partido: Montecarios Provincia: Misiones

18 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: s/calle s/n, B° 17 de Octubre
Localidad/Paraje: Montecarios Departamento o Partido: Montecarios Provincia (o país para extranjeros): Misiones País:

17 Pertenencia o estado asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)
* Obra Social 1 * Plan de salud privado o mutual 2 * Ambos 3 * Ninguno 4

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES
SOLO PARA FALLECIDOS DE 14 AÑOS Y MÁS

DATOS DEL FALLECIDO

1. ¿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"/>

2. ¿Cuál era su situación laboral?

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

3. ¿Cuál era su ocupación habitual?

Nombre: _____

SOLO 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

1. ¿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"/>

2. ¿Cuál es su edad? (años cumplidos)

Años: _____

3. La madre convive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho)

SI 1 → Responder Prog. 1, 2 y 3

No 2 → Pasar a Prog. 4 y 5 y responderlas con los datos de la madre exclusivamente

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

1. ¿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

1. ¿Cuál era su situación laboral?

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

2. ¿Cuál es su ocupación habitual?

Nombre: _____

CUMPLIR EN CASO DE SER MENOR DE 1 AÑO (Solo para fallecidos que no tienen un año cumplido)

DATOS PARA SER LLENADOS PREFERENTEMENTE POR EL MÉDICO

1. ¿Cuál fue el peso del niño al nacer? + gramos _____

2. ¿Cuál fue su peso al morir? + gramos _____

3. ¿Cuántas semanas completas duró la gestación?

semanas completas _____

4. En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de esta mujer?

Día _____ Mes _____ Año _____

5. ¿Cuántos hijos nacidos vivos tuvo?

Entre todos estos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos tuvo? _____

6. ¿Cuántas defunciones fetales?

al que produjo: _____ niños vivos, y _____ defunciones fetales.

7. Contando hasta el de este niño, inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre? + embarazos _____

PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

Médico 1 Apellido y nombre: Accosta Milton Darío Matrícula Profesional N°: MPM00291 Firma: _____

Otro 2 Profesionista: Calle Rebello N° 1488

Localidad: Pdas.-Mnas Teléfono: _____ Sello: _____

En la ciudad de Posadas, Capital de la Provincia de Misiones, a los 24

del mes de JUNIO de 2025, ante mí, Jefe del Dpto. Jurídico

y legalizaciones del Registro Civil, se registra el Expte.

Nº 1812-1-25 28942396 de fecha

255559 pº 180

en S/RE solium Interpam con defension

ante el RPP en SUD JUD 572/22 de

quien en vida fue BAACKER OLIVER

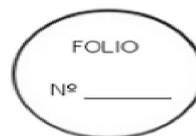
de cuyo contenido doy fé. Folio 11 Año 2025

Trámite

VIRIANA C. CASTILLO
Jefe del Dpto. Jurídico
Registro Civil de las Personas



JUZGADO DE INSTRUCCIÓN Nº 1 IV C.J.
PUERTO RICO, MISIONES



Puerto Rico, Misiones; 16 de Mayo de 2025.-

OFICIO MEC - ID Nº 28942396/2025

A la Sr/a. Director/a

Registro de las Personas

de la Provincia de Misiones

lrgalarza@rpp.jusmisiones.gov.ar

mdromadiuk@rpp.jusmisiones.gov.ar

aaramos@rpp.jusmisiones.gov.ar

Posadas, Misiones

SU DESPACHO:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Por disposición de S.S. en **Incidente "Nº 22053/2025 caratulado "JEFE DE COMISARIA MONTECARLO UR XV S/SOLICITA INSCRIPCION ACTA DE DEFUNCION ANTE EL RPP EN SRIO JUD Nº572/22 DE QUIEN EN VIDA FUERE BAACKE OSCAR"** que se tramita por ante este JUZGADO DE INSTRUCCIÓN Nº 1 - IV C.J., Secretaría N.º 2, sito en Sarmiento N.º 251, Tel./FAX (03743 420433 - Centrex 1633 juzgadoinstruccion1.puertorico@jusmisiones.gov.ar PUERTO RICO - MISIONES, a mi cargo, llevando a su conocimiento lo dispuesto en autos que en su parte pertinente dice: **"PUERTO RICO, Mnes., 16 de Mayo de 2025.- AUTOS Y VISTO:...RESULTA:...CONSIDERANDO:...RESUELVO: I- AUTORIZAR** se proceda a la INSCRIPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN de quien en vida fuera Baacke Oscar, DNI Nº 17.878.621, cuyo fallecimiento se produjo en fecha Baacke Oscar,

DNI N° 17.878.621, conforme al Certificado de Defunción extendido por el Dr. Acosta Milton Dario, Médico de Tribunales, del Poder Judicial de la provincia de Misiones. y lo establecido por la Disposición N° 1216/2020 del Registro Provincial de las Personas de la Provincia de Misiones y los arts 70 y 67 de la Ley 26.413.- II- REMITIR al Registro Provincial de las Personas de la Provincia de Misiones el "certificado de defunción", acta del "sistema de estadísticas vitales", copia certificada de "DNI", como así también el DNI original del ciudadano fuera Baacke Oscar, DNI N° 17.878.621, a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el punto anterior.- III- A los fines de la notificación electrónica (art. 153 CPPM y Acordada 79/20 STJM) EFECTUAR la misma al Ministerio Público Fiscal, a la Defensa Pública, teniéndose por debidamente notificado de las actuaciones precedentes.- IV- PROTOCOLÍCESE. NOTIFÍQUESE. COMUNÍQUESE. INSÉRTESE COPIA EN AUTOS.-

Sin Otro motivo me despido de Ud. Atte.

SEC. N° 2

Digitally signed by CALVI Maria Soledad
Date: 2025.05.15 12:23:39 ART
Reason: Poder Judicial de Misiones
Location: Secretaria de Tecnologia
Informatica

Signature Not
Verified
Digitally signed by
ACOSTA Milton Dario
Date: 2022.12.30
09:33:55 ART
Reason: Poder Judicial
de la Provincia de
Misiones

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

ACTA DE DEFUNCION

REGISTRO CIVIL DE _____ NUMERO _____

Fecha de Inscripción: Día _____ Mes _____ Año _____

TOMO _____ FOLIO _____ ACTA _____

Defunto: Sr. / Sra. Baacke Oscar Varón Mujer

Domiciliado/a en calle S/calle, s/n, B° 17 de octubre N° _____

Localidad Montecarlos Provincia misiones de 56 Años de edad, Nacido el 05 de diciembre de 1.966

en Misiones Estado Civil (1) _____ Nacionalidad argentino Profesión u ocupación _____

Ha fallecido de: Enfermedad Muerte Violenta El Día 27 de diciembre de 2022 a las 18,00 horas en: B° 17 de Oct

¿Tuvo atención médica durante la enfermedad Sí 1 Lo atendió el médico Sí 1

o lesión que le produjo la muerte? No 2 que suscribe No 2

Causa de la defunción a) Muerte Subita b) Asistolia Ventricular c) Paro cardiorrespiratorio

Lugar donde ocurrió el hecho: s/calle, s/n, B° 17 de Octubre

PROFESIONAL CERTIFICANTE
Nombre y Apellido Milton Dario Acosta Matricula Profesional N° MPM00291

Domicilio Profesional: Calle Rebollo N° 1488 Dto. _____ Piso _____

Localidad Pdas.Mnes Teléfonos _____

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar: Morgue Judicial

Fecha: 28 de diciembre de 2022

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

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

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)

<ul style="list-style-type: none"> • Nunca asistió 01 <input type="checkbox"/> • S. E. No reformado <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;">-- Primario</td> <td style="width: 33%;">Incompleto</td> <td style="width: 33%;">Completo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>02 <input type="checkbox"/></td> <td>03 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Secundario</td> <td>04 <input type="checkbox"/></td> <td>05 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> • Superior o universitario 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 	-- Primario	Incompleto	Completo		02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> S. E. Reformado <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;">-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)</td> <td style="width: 33%;">Incompleto</td> <td style="width: 33%;">Completo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11 <input type="checkbox"/></td> <td>12 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Ciclo EGB 3ro.</td> <td>13 <input type="checkbox"/></td> <td>14 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Polimodal</td> <td>15 <input type="checkbox"/></td> <td>16 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> 	-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	Incompleto	Completo		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"/>
-- Primario	Incompleto	Completo																				
	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>																				
-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>																				
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	Incompleto	Completo																				
	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
- No trabajaba

Buscaba trabajo	2 <input type="checkbox"/>
No buscaba trabajo	3 <input type="checkbox"/>

20 Cuál era su ocupación habitual?

No Usar

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)

<ul style="list-style-type: none"> • Nunca asistió 01 <input type="checkbox"/> • S. E. No reformado <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;">-- Primario</td> <td style="width: 33%;">Incompleto</td> <td style="width: 33%;">Completo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>02 <input type="checkbox"/></td> <td>03 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Secundario</td> <td>04 <input type="checkbox"/></td> <td>05 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> • Superior o universitario 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 	-- Primario	Incompleto	Completo		02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> S. E. Reformado <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;">-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)</td> <td style="width: 33%;">Incompleto</td> <td style="width: 33%;">Completo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11 <input type="checkbox"/></td> <td>12 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Ciclo EGB 3ro.</td> <td>13 <input type="checkbox"/></td> <td>14 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Polimodal</td> <td>15 <input type="checkbox"/></td> <td>16 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> 	-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	Incompleto	Completo		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"/>
-- Primario	Incompleto	Completo																				
	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>																				
-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>																				
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	Incompleto	Completo																				
	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)

• Años

23 La madre convive en pareja? (ya sea casada o en unión de hecho)

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)

<ul style="list-style-type: none"> • Nunca asistió 01 <input type="checkbox"/> • S. E. No reformado <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;">-- Primario</td> <td style="width: 33%;">Incompleto</td> <td style="width: 33%;">Completo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>02 <input type="checkbox"/></td> <td>03 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Secundario</td> <td>04 <input type="checkbox"/></td> <td>05 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> • Superior o universitario 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 	-- Primario	Incompleto	Completo		02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>	-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> S. E. Reformado <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;">-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)</td> <td style="width: 33%;">Incompleto</td> <td style="width: 33%;">Completo</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11 <input type="checkbox"/></td> <td>12 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Ciclo EGB 3ro.</td> <td>13 <input type="checkbox"/></td> <td>14 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>-- Polimodal</td> <td>15 <input type="checkbox"/></td> <td>16 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> 	-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	Incompleto	Completo		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"/>
-- Primario	Incompleto	Completo																				
	02 <input type="checkbox"/>	03 <input type="checkbox"/>																				
-- Secundario	04 <input type="checkbox"/>	05 <input type="checkbox"/>																				
-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.)	Incompleto	Completo																				
	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 está de licencia 1
- No trabaja

Busca trabajo	2 <input type="checkbox"/>
No busca trabajo	3 <input type="checkbox"/>

26 Cuál es su ocupación habitual?

No Usar

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?

• gramos

28 Cuál fue su peso al morir?

• gramos

29 Nació de un embarazo...

- Simple 1 → ir a pregunta siguiente
- Múltiple 2 → el que produjo: niños vivos, y defunciones fetales

30 Cuántas semanas completas duró la gestación?

• semanas completas

31 En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño?

Día Mes Año

32 Contando hasta el de este niño, inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre?

• embarazos

33 Entre todos estos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos tuvo?

• y cuántas defunciones fetales?

PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

Médico 1 <input type="checkbox"/>	Apellido y nombre <u>Acosta Milton Dario</u>	Matrícula Profesional N° <u>MPM00291</u>	Firma _____
Otro 2 <input type="checkbox"/>	Domicilio _____	N° <u>1488</u>	
	Localidad: <u>Pdas- Mnes</u>	Teléfono: _____	Sello _____

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES



Registro Provincial de las Personas

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
8	1450	2025

DEFUNCIÓN

En Capital - SECC. 1° CENTRO
 República Argentina, a Dos de Julio
 de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de BAAKKE Oscar
 Sexo: MASCULINO Nacionalidad: ARGENTINA
 estado N/D
 profesión _____ Doc. Ident DNI: 17878621
 Domicilio S/Calle S/N B° 17 de Octubre - Montecarlos - Misiones
 Hijo de: _____
 y de: _____
 Nacido en Provincia de Misiones el 05 de Diciembre de 1966
 Ocurrida en: S/Calle S/N B° 17 de Octubre - Montecarlos - Misiones
 El 27 de Diciembre de 2022, a las 18:00 horas
 Causa de la Defunción: Muerte Subita - Asistolia Ventricular - Paro Cardiorespiratorio
 Certificado Médico: MEDICO MILTON DARIO ACOSTA
 Era cónyuge de: _____
 Declarante: _____ Doc. Ident: _____
 Domicilio: _____
 Obra en Virtud de OFICIO MEC - ID 28942396/2025. EXPTE N° 22053/2025 de fecha 16 de Mayo de 2025. Venido del Juzgado N° 1, Secretaría N° 2 de la Cuarta Circunscripción Judicial de Puerto Rico - Misiones. Fdo. Dra. María Soledad CALVI, Secretaria Ref. EXPTE N° 1812 - J - 2025 . R.P.P



CASADILLA ESTELA LIDIA
 Firma Autorizada
 Registro Provincial de las Personas

POSADAS, 10 de Julio de 2025.-

**REFERENCIA: EXPEDIENTE 22053/2025 S/ JEFE COMISARIA
MONTECARLO UR XV S/ SOLICITA INSCRIPCION ACTA
DEFUNCION ANTE EL RPP EN SRIO JUD 572/22 DE QUIEN EN
VIDA FUERE BAACKE OSCAR
JUZGADO INTERVINIENTE
S/D.-**

Tengo el Honor de Dirigirme a V.S. a los
fines de remitir Expte cumplimentado.-

Dios guarde a V.S.-

Firmado digitalmente por: GOMEZ
Mikaela Elizabeth
Fecha y hora: 11.07.2025 06:59:49