



JUZGADO DE INSTRUCCIÓN N° 1 - San Pedro
SECRETARÍA 2
156483/2023

FOLIO
Nº _____

ID 30660451

San Pedro, Misiones, 1 de octubre de 2025.-

**AL REGISTRO NACIONAL
DE LAS PERSONAS
DE LA PROVINCIA DE MISIONES**

S / D:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., por disposición de S.S., en el **Expte. n° 156483/2023 Caratulado "COMISARIA DE POZO AZUL UR XIV S/ ELEVA SUMARIO DE MUERTE DUDOSA EN SUMARIO N° 62/2023."**, que se tramita por ante este Juzgado de Instrucción N° 1, SECRETARIA N° 2, de la Quinta Circunscripción Judicial de la Provincia de Misiones, sito en la intersección de las calles Nicanor Cordero y Los Pinos de la ciudad de San Pedro, a fin de solicitarle la Inscripción de la Defunción a quien en vida fuera **RATZINGER CARLOS GUILLERMO DNI N° 70.009.788, nacido en fecha del 19/10/20023 con fecha de defunción el 28/10/2023.**-

Como recaudo legal transcribo lo dispuesto en autos que en sus partes, dice: "San Pedro, Misiones, 01 de Octubre de 2025. ...OFÍCIESE... (Fdo. Dr. Ariel Omar Belda Palomar, Titular del Juzgado de Instrucción n° 1, ante mí, Secretario Autorizante que DOY FE".-

Diligenciado vuelva.-

Saludo a usted muy atentamente.-

Digitally signed by BOILINI Oscar Rafael
Date: 2025.10.01 11:28:08 ART
Location: Poder Judicial de Misiones
Locality: Secretaría de Tecnología
Information:

CERTIFICADO DE DEFUNCION

DEPARTAMENTO

REGISTRO CIVIL DE

NUMERO

Fecha de
Inscripción

Día

Mes

Año

TOMO

FOLIO

ACTA

CERTIFICO que Don/ña Ratzinger Carlos Guillermo		Varón <input checked="" type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
D.N.I. / L.C. / C.I. 70.009.788 Domiciliado/a en calle Ruta Prov 20 Pozo Azul s/n,		Nº	
Localidad Eldorado Provincia Misiones		de 10d Años de edad, Nacido el 19 de octubre	de 2023
en Misiones Estado Civil (1) -----		Nacionalidad argentino	Profesión u ocupación -----
Ha fallecido de: Enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> Muerte Violenta <input type="checkbox"/> El Dia 28 de octubre de 2023 a las 0800 horas en: CPAS POZO			
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad	Sí 1 <input checked="" type="checkbox"/>	Lo atendió el médico	Sí 1 <input type="checkbox"/>
o lesión que le produjo la muerte?	No 2 <input type="checkbox"/>	que suscribe	No 2 <input checked="" type="checkbox"/>
Aspiracion Gastrica			
Causa de la defunción a)	b)		
Lugar donde ocurrió el hecho: Caps Pozo Azul.			
PROFESIONAL CERTIFICANTE			
Nombre y Apellido Milton Dario Acosta		Matricula Profesional Nº MPM00291	
Domicilio Profesional: Calle Rebollo		Nº 1488	Dto. _____ Piso _____
Localidad Pdas-Mnes		Teléfonos _____	
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:			
Lugar: Morgue Judicial			
Fecha: 29 de octubre de 2023		FIRMA Y SELLO DEL MEDICO	

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

A - Para el Registro Civil - Valor Legal

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

2 Departamento o Partido	3 Delegación o Registro Civil Número	1 Fecha de Inscripción Día Mes Año
		4 TOMO FOLIO ACTA

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

5 ¿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"/>	6 Lo atendió el médico que suscribe?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input checked="" type="checkbox"/>
7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN			
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) aspiración gástrica b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)			
8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)			
a) Indicar si fue por: * Accidente 1 <input type="checkbox"/> 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:			
9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS * Estuvo embarazada en los últimos doce meses? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Se ignora 9 <input type="checkbox"/> * 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 Ratzinger	Nombre/s Carlos Guillermo	D.N.I. Nº 70.009.788
10 Fecha de la defunción	Día 2, 8 Mes 1, 0 Año 2, 0, 2, 3	11 Fecha de nacimiento	19/10/2023
12 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 Meses 10 Horas Meses 10 Dias Minutos			
13 Sexo			
Masculino 1 <input checked="" type="checkbox"/> Femenino 2 <input type="checkbox"/> Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>			
14 Ocurrió en...			
* Establecimiento de salud público * Establecimiento privado, obra social, etc. * Vivienda (domicilio) particular * Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)			
1 <input checked="" type="checkbox"/> } → Nombre del establecimiento: 2 <input type="checkbox"/> } Caps Pozo Azul 3 <input type="checkbox"/> } Pasar a Preg. 15 4 <input type="checkbox"/>			
15 Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: Caps Pozo Azul			
Localidad/Paraje Pozo Azul		Departamento o Partido San Pedro	
		Provincia Misiones	
16 Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: Ruta Prov 20 s/n			
Localidad/Paraje Pozo Azul		Departamento o Partido San Pedro	
		Provincia (o país para extranjeros) Misiones	
17 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 type="checkbox"/>	

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Continúa al dorso

SISTEMA DE ESTADISTICAS 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
- S.E. No reformado Incompleto Completo
-- Primario 02 03
-- Secundario 04 05
- Superior o universitario 06 07

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 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
- No trabajaba Buscaba trabajo 2
No buscaba trabajo 3

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)

- Nunca asistió 01
- S. E. No reformado Incompleto Completo
-- Primario 02 03
-- Secundario 04 05
- Superior o universitario 06 07

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 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)

- 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)

- Nunca asistió 01
- S. E. No reformado Incompleto Completo
-- Primario 02 03
-- Secundario 04 05
- Superior o universitario 06 07

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 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 DEFUNCION QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO

25 Cuál era su situación laboral?

- Trabaja o está de licencia 1
- No trabaja Buscaba trabajo 2
No busca trabajo 3

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...

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 niños vivos, y produjo: defunciones fetales

• semanas completas

Digitally signed by ACOSTA Milton Dario
Date: 2022-07-16 10:04 AM
Location: Poder Judicial de Misiones
Information:

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 Apellido y nombre: Acosta Milton Dario
Domicilio:
Profesional: Calle Rebollo
Otro 2 Localidad: Pdas-Mnes

Matrícula Profesional N° MPM00291

Nº 1488

Teléfono: _____ Sello: _____

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

2025 - “Año de la Protección Integral para Niñas, Niños y Adolescentes y la Lucha contra el Abuso, la Violencia en Todas sus Formas, los Ciberdelitos, por la Accesibilidad Digital para Personas con Discapacidad y la Contribución de las Cooperativas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como la Concientización y Promoción de la Funga Misionera”

POSADAS, 21 de Octubre de 2025.-

**SR/A. SECRETARIO/A
JUZGADO DE INSTRUCCION N° 1
DE LA 5° CIRCUNSC. JUDICIAL
SAN PEDRO - MISIONES**
S / D

Nota N° 2037 / 2025.-

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, en respuesta a vuestro **Oficio N° 30660451** de fecha 01 de Octubre de 2025, librado en autos caratulados **“Expte. N° 156483/2023 COMISARIA DE POZO AZUL UR XIV S/ ELEVA SUMARIO DE MUERTE DUDOSA EN SUMARIO N° 62/2023 (RATZINGER CARLOS GUILLERMO)”**, solicitándole que previo a dar cumplimiento a lo ordenado, remitan a esta Dirección General Oficio Original con la transcripción íntegra de la Sentencia de S.S., 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.-

Sin otro particular, saludo a usted atentamente.-

CASTILLO
Viviana
Cristina
Raquel

Firmado
digitalmente por
CASTILLO Viviana
Cristina Raquel
Fecha: 2025.10.21
08:14:32 -03'00'

AAR