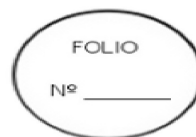




**JUZGADO DE INSTRUCCIÓN Nº 2  
PROVINCIA DE MISIONES  
SECRETARIA 2  
106512/2021**



Posadas Misiones, 02 de Septiembre de 2021.-

ID Nº 15061722

**AL REGISTRO DE LAS PERSONAS**  
**POSADAS - MISIONES**

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, por disposición de S.S en el "**106512/2021 CRIA DE LA MUJER DE FATIMA UR-X S/ ELEVA SOLICITUD DE AUTOPSIA DE QUIEN EN VIDA FUERA VERA PATRICIA BETIANA**" que se tramita por ante éste Juzgado de Instrucción Nº2, SECRETARIA Nº2, de la 1ª Circunscripción Judicial de la provincia de Misiones, a los fines de INFORMAR la medida recaída en autos que dice: "...Posadas, Misiones, ... de ... de ..... **VISTOS... CONSIDERANDO... RESUELVO: I)** Disponer la realización de una AUTOPSIA que deberá ser completa e ilustrada a cuyos fines **DESIGNE** a los Médicos de Tribunales en Turno a cuya disposición se pondrá el **CADÁVER** de quien en vida fuera **Vera Patricia Betiana DNI Nº 28.889.669**, en la morgue judicial. Podrán requerir la colaboración necesaria del médico policial de turno para el mejor cumplimiento de esta orden judicial. **II)** Disponer se informe de inmediato a éste Juzgado sobre los siguientes puntos de pericia: a) Causas del deceso y sus circunstancias. Tipo de lesiones y excoriaciones si las hubiera. Data y origen de las mismas. Medios con que fueron producidas.- b) Examen interno del cadáver detallando el estado general de los órganos; en este punto en caso de existir daños parciales o totales informar sobre los medios con que fueron producidos.-c) Sobre si en el estómago de la víctima fueron encontrados restos de alimentos, como así también bebidas alcohólicas, barbitúricos u otros medicamentos tóxicos.- d) En caso de ser necesario, deberá efectuarse la extracción de las vísceras para su posterior examen histopatológico, el que deberá ser elevado a este Juzgado.- e) Cualquier otro dato de interés relacionado con el aspecto médico.- **III)** Una vez finalizada la autopsia deberá entregarse el cadáver de quien en vida fuera **Vera Patricia Betiana DNI Nº 28.889.669** a sus familiares, para su posterior inhumación. Asimismo Librese Oficio al Registro Provincial de las Personas de la ciudad de Posadas, Misiones, a los fines de que procedan a las anotaciones que y/o registros que por ley correspondan. **IV)** Notifíquese. Oficiése..."

Como recaudo legal transcribo lo dispuesto en autos que en sus partes, dice: "Posadas, Misiones, 02 de Septiembre de 2021...**OFÍCIESE...Firmado: Dr. JUAN MANUEL MONTE** Juez de Instrucción Nº 2, ante mí Secretario Autorizante

que doy fe.-

Diligenciado vuelva.-

Saludo a Usted muy atte.-

RVFJ

Digitally signed by ALMIRON Francisco  
Date: 2021.09.08 07:28:57 ART  
Reason: Poder Judicial de Misiones  
Location: JUZGADO DE INSTRUCCION  
Nº2

Provincia de Misiones  
Ministerio de Salud Pública  
Instituto Provincial de Estadística de Salud

Signature Not  
Verified

ACTA DE DEFUNCION

Formulario de Entrega Gratuita

Digitally signed by  
ACOSTA Milton Dario

Date: 2021.09.06

11:17:32 ART

Reason: Poder Judicial

de la Provincia de

Misiones

REGISTRO CIVIL DE

NUMERO

Fecha de  
Inscripción

Día

Mes

Año

TOMO

FOLIO

ACTA

Defunto Don/ña Vera Patricia Betania

Varón ☐

Mujer ☒

Domiciliado/a en calle Golfo San Carlos 9460 B.M Lanus

Nº

Localidad Posadas

Provincia Misiones

de 40 Años de edad, Nacido el 06 de julio

de 1.981

en Misiones

Estado Civil (1)

Nacionalidad Argentina

Profesión u ocupación

Ha fallecido de:

Enfermedad ☒

Muerte Violenta ☐

El Día 02

de septiembre

de 2021

a las

16.50

horas en: Htal Fatima

¿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 ☒

Muerte Subita

Proceso Infeccioso respiratorio.

Causa de la defunción a)

b) c-Retrazo madurativo.

Lugar donde ocurrió el hecho: Htal de Fatima

PROFESIONAL CERTIFICANTE

Nombre y Apellido Milton Dario Acosta

Matricula Profesional Nº MPM0291

Domicilio Profesional: Calle Rebollo

Nº 1488

Dto.

Piso

Localidad Pdas-Mnes

Teléfonos

LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:

Lugar: Morgue Judicial

Fecha: 03 de Septiembre de 2021

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

A

- Para el Registro Civil - Valor Legal

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

# SISTEMA DE ESTADISTICAS 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 | 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.                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                  | a) Muerte Subita                                                             |                               | INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE |                                    |                                        |                                                     |
| Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica.                                                                                                                                                             |                                                                                  | b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)<br>Proceso Infeccioso Respiratorio      |                               |                                                                     |                                    |                                        |                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                  | c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)<br>Retrazo Madurativo. d-Sme Consuntivo |                               |                                                                     |                                    |                                        |                                                     |
| II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.                                                                                                                                                              |                                                                                  | No Usar                                                                      |                               |                                                                     |                                    |                                        |                                                     |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)                                          |                                                                              |                               |                                                                     |                                    |                                        |                                                     |
| a) Indicar si fue por:                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                  | * Accidente 1 <input type="checkbox"/>                                       |                               | * Suicidio 2 <input type="checkbox"/>                               |                                    | * Homicidio 3 <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? |
| 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                                                                       |                                                                                                         | Nombre/s                                                    |      | D.N.I. N°                          |       |                                      |                                                |
| Vera                                                                             |                                                                                                         | Patricia Betania                                            |      | 28.889.669                         |       |                                      |                                                |
| 10                                                                               | Fecha de la defunción                                                                                   | Día                                                         | Mes  | Año                                | 11    | Fecha de nacimiento                  |                                                |
|                                                                                  |                                                                                                         | 0, 2                                                        | 0, 9 | 2, 0, 2, 1                         |       | 06/07/1981                           |                                                |
| 12                                                                               | Edad al momento del fallecimiento (escribir donde corresponda)                                          |                                                             |      |                                    |       | 13                                   | Sexo                                           |
| * Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años                 |                                                                                                         |                                                             |      |                                    | Años  | 40                                   | Masculino 1 <input type="checkbox"/>           |
| * Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días |                                                                                                         |                                                             |      |                                    | Meses | Días                                 | Femenino 2 <input checked="" type="checkbox"/> |
| * Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos                          |                                                                                                         |                                                             |      |                                    | Horas | Minutos                              | Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>       |
| 14                                                                               | Ocurrió en...                                                                                           | 1 <input type="checkbox"/>                                  |      | Nombre del establecimiento:        |       |                                      |                                                |
| * Establecimiento de salud público                                               |                                                                                                         | 2 <input type="checkbox"/>                                  |      | Htal de Fatima                     |       |                                      |                                                |
| * Establecimiento privado, obra social, etc.                                     |                                                                                                         | 3 <input type="checkbox"/>                                  |      | No Usar                            |       |                                      |                                                |
| * Vivienda (domicilio) particular                                                |                                                                                                         | 4 <input type="checkbox"/>                                  |      | Preg. 15                           |       |                                      |                                                |
| * Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)                                 |                                                                                                         | Preg. 15                                                    |      |                                    |       |                                      |                                                |
| 15                                                                               | Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.: Htal de Fatima                                     |                                                             |      |                                    |       |                                      |                                                |
| Localidad/Paraje                                                                 |                                                                                                         | Garupa                                                      |      | Departamento o Partido             |       | Garupa                               |                                                |
| Provincia                                                                        |                                                                                                         | Misiones                                                    |      |                                    |       |                                      |                                                |
| 16                                                                               | Vivia habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: Golfo San Carlos 9460-B.M: Lanus                       |                                                             |      |                                    |       |                                      |                                                |
| Localidad/Paraje                                                                 |                                                                                                         | Posadas                                                     |      | Departamento o Partido             |       | Capital                              |                                                |
| Provincia (o país para extranjeros)                                              |                                                                                                         | Misiones                                                    |      | País                               |       |                                      |                                                |
| 17                                                                               | Pertenece 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"/> |                                                |

Continúa al dorso

# SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES



# 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                          | <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"/> |

19. Cuál era su situación laboral?

|                                  |   |                          |
|----------------------------------|---|--------------------------|
| • Trabajaba o estaba de licencia | 1 | <input type="checkbox"/> |
| • No trabajaba                   | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 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)

|                          |                             |                             |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| • 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)

• 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                          | <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 está de licencia | 1 | <input type="checkbox"/> |
| • No trabaja                 | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 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 ☐ Apellido y nombre Acosta Milton Dario Matricula Profesional N° MPM00291 Firma \_\_\_\_\_

Otro 2 ☐ Domicilio \_\_\_\_\_ N° 1488

Profesional: Calle Rebollo Localidad: Pdas-Mnes Teléfono: \_\_\_\_\_ Sello \_\_\_\_\_

# SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

En la ciudad de Losada, Capital de la Provincia de Salta, a los .....  
del mes de OCTUBRE de 2025

y Legalizaciones del Registro Provincial de Salta, a cargo del Expte.

Nº 3159-1-25 4506172

256410 22

en ..... Expte Nº 106512/2021 CRIP de la mujer

de formo ve x s / Elva Soliz

Autopsia de puñal en vida

de cuyo contenido doy fé. Referencia archivo nº 12 08 Año 2025

Trámite.....

VIVIANA C. R. CASILLÓ

Procuradora

Registro de las Personas





Registro Provincial de  
las Personas

## REPUBLICA ARGENTINA

178

| Tomo | Acta | Año  |
|------|------|------|
| 12   | 2378 | 2025 |

DEFUNCIÓN

En Capital - SECC. 1° CENTRO  
República Argentina, a Quince de Octubre  
de 2025 Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCIÓN de VERA Patricia Betiana  
Sexo: FEMENINO Nacionalidad: ARGENTINA  
estado N/D  
profesión \_\_\_\_\_ Doc. Ident DNI: 28889669  
Domicilio Golfo San Carlos N° 9460 - Posadas - Misiones  
Hijo de: \_\_\_\_\_  
y de: \_\_\_\_\_  
Nacido en Provincia De Misiones el 06 de Julio de 1981  
Ocurrida en: Hospital Nuestra Señora de Fatima - Garupá - Misiones  
El 02 de Septiembre de 2021, a las 16:50 horas  
Causa de la Defunción: Muerte Súbita - Proceso Infeccioso Respiratorio  
Certificado Médico: MEDICO MILTON DARIO ACOSTA  
Era cónyuge de: \_\_\_\_\_  
Declarante: \_\_\_\_\_ Doc. Ident: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Obra en Virtud de ID N° 15061722.S.S.1065112/2021 de fecha 02 Septiembre de 2021.Venido del Juzgado de Instrucción N° 2.Secretaría N° 2 de la Primera Circunscripción Judicial de Posadas - Misiones.Fdo.Dr. Juan Manuel MONTE,Juez.Ref. Expte.N° 3159 - J - 2025 R.P.P.



RODRIGUEZ JUAN CARLOS  
Delegado Titular  
Registro Provincial de las Personas

9697fc86c5a25f501bedd6cd157816b5



**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, 22 de Octubre de 2025

**REFERENCIA: EXPEDIENTE 106512/2021 CRIA DE LA MUJER  
DE FATIMA UR-X S/ ELEVA SOLICITUD DE AUTOPSIA DE  
QUIEN EN VIDA FUERA VERA PATRICIA BETIANA  
JUZGADO INTERVINIENTE  
S/D.-**

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

Dios guarde a V.S.-

Firmado digitalmente por: GOMEZ  
Mikaela Elizabeth  
Fecha y hora: 22.10.2025 06:38:50