



JUZGADO DE INSTRUCCIÓN N° 2
PROVINCIA DE MISIONES
SECRETARIA 2
106512/2021

FOLIO
Nº _____

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 N°2, SECRETARIA N°2, de la 1^a Circunscripción Judicial de la provincia de Misiones, a los fines de INFORMAR la medida recaída en autos que dice: "...Posadas, Misiones, ... de ... deVISTOS... 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. Ofíciense..."

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 N° 2, ante mí Secretario Autorizante

que doy fe.-

Diligenciado vuelva.-

Saludo a Usted muy atte.-

RVFJ

Digitally signed by ALMIRON Francisco
Date: 2021.09.06 07:25:52 ART
Digest Type: SHA256
Location: JUZGADO DE INSTRUCCION
Nº2

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

Signature Not Verified

Formulario de Entrega Gratuita

ACTA DE DEFUNCION

Digitally signed by
ACOSTA Milton Dario

Date: 2021.09.06

11:17:32 ART Vera Patricia Betania

Reason: Poder Judicial

de la Provincia de

Misiones

REGISTRO CIVIL DE

NUMERO

Fecha de
Inscripción

Día

Mes

Año

TOMO

FOLIO

ACTA

Varón Mujer

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

Nº

Provincia Misiones

de 40 Años de edad, Nacido el 06 de julio

de 1981

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

Matrícula 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

(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)

<p>5 ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte?</p> <p>Sí 1 <input checked="" type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/></p> <p>6 Lo atendió el médico que suscribe?</p> <p>Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE</p>
<p>7 CAUSA DE LA DEFUNCIÓN</p> <p>I) Enfermedad o condición patológica que le produjo la muerte directamente.</p> <p>Causas antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en el último lugar la causa básica.</p> <p>II) Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o condición morbosa que la produjo.</p>	
<p>a) Muerte Subita</p> <p>b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Proceso Infectioso Respiratorio</p> <p>c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) Retraso Madurativo. d-Sme Consultivo</p>	
<p>No sabe <input type="checkbox"/></p>	
<p>8 EN CASO DE MUERTE VIOLENTA (únicamente)</p> <p>a) Indicar si fue por:</p> <p>* Accidente 1 <input type="checkbox"/> * Suicidio 2 <input type="checkbox"/> * Homicidio 3 <input type="checkbox"/> * Se ignora 9 <input type="checkbox"/></p> <p>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.</p> <p>c) Lugar donde ocurrió el hecho:</p>	
<p>9 PARA TODAS LAS MUJERES DE 10 A 59 AÑOS CUMPLIDOS</p> <p>* Estuvo embarazada en los últimos doce meses? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Continuar Se ignora 9 <input type="checkbox"/> abajo</p> <p>* Cuál fue la fecha de terminación de ese embarazo? Dia Mes Año</p> <p>La muerte estuvo relacionada con: Embarazo 1 <input type="checkbox"/> Parto 2 <input type="checkbox"/> Puerperio 3 <input type="checkbox"/></p>	

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s Vera	Nombre/s Patricia Betania	D.N.I. Nº 28.889.669
10 Fecha de la defunción	Dia 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)	<p>* Si la edad es de 1 año cumplido o más, consignar sólo los años</p> <p>* Si la edad es de 1 día o más, pero menor de 1 año, consignar sólo meses y días</p> <p>* Si la edad es menor de 1 día, indicar horas y minutos</p>	
	<p>Años 40 Meses 1 Horas 15</p>	<p>Días 0 Minutos 0</p>
13 Sexo	<p>Masculino 1 <input type="checkbox"/> Femenino 2 <input checked="" type="checkbox"/> Indeterminado 3 <input type="checkbox"/></p>	
14 Ocurrió en...	<p>* Establecimiento de salud público * Establecimiento privado, obra social, etc. * Vivienda (domicilio) particular * Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.)</p>	
	<p>1 <input type="checkbox"/> } 2 <input type="checkbox"/> } 3 <input type="checkbox"/> } Pasar a Preg. 15 4 <input type="checkbox"/> }</p>	<p>Nombre del establecimiento: Htal de Fatima</p>
15 Domicilio donde se produjo: Calle y Nº / Ruta y Km.: Htal de Fatima		
Localidad/Paraje Garupa	Departamento o Partido	Garupa
	<p>Provincia Misiones</p>	
16 Vivía habitualmente en: Calle y Nº / Ruta y Km.: Golfo San Carlos 9460-B.M: Lanus		
Localidad/Paraje Posadas	Departamento o Partido Capital	
	<p>Provincia (o país para extranjeros) Misiones</p>	
17 Pertenecía o estaba asociado a: (si el fallecido es menor de un año completar con los datos de la madre)	<p>* 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"/></p>	

SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

Continua 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

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
Domicilio:
Profesional: Calle Rebollo
Otro 2 Localidad: Pdas-Mnes

Matrícula Profesional Nº MPM00291
Nº 1488
Teléfono: _____
Firma _____
Sello _____

SISTEMA DE ESTADISTICAS VITALES

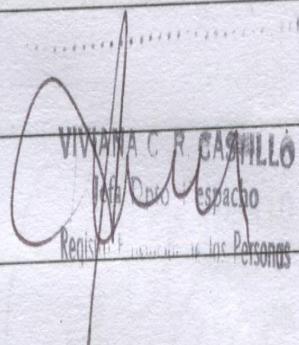
En la ciudad de Posadas, capital de la Provincia de Misiones, a los
del mes de **OCTUBRE** de año **25**

y Legalizaciones del Registro Civil y el Registro del Órgano Jurídico
Nº **3150-1-25** **15061772**
256410 **22**

en..... Expte N° **106512/2021** C.R.D de los Meyers

..... de fommo ver X S | El Rv. Secretaria de
Aluropedia de quien en video fueron (...) **12** folio **08** Año **2025**
de cuyo contenido doy fe. Referencia arch. Vol. II

Trámite.....


VIVIANA C.R. CASILLERO
Oficina de Espacio
Registro Civil y de las Personas



Registro Provincial de
las Personas

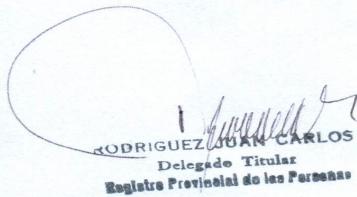
178

REPUBLICA ARGENTINA

Tomo	Acta	Año
12	2378	2025

DEFUNCIÓN

En **Capital - SECC. 1º CENTRO**
República Argentina, a **Quince** de **Octubre**
de **2025** Yo, Oficial Público de este Registro Civil inscribo la DEFUNCION 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.**



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