



JUZGADO DE INSTRUCCIÓN N° 2 - Oberá  
Secretaría N° DOS 32533346 / 2026



OFICIO N° 32533346

Oberá, Misiones 18 de Marzo de 2026

**SEÑOR DIRECTOR/A**

**REGISTRO PROVINCIAL DE LAS PERSONAS**

**S/DESPACHO**

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., en los autos caratulados Expte. N° **172098/2024** - **"JEFE SECCIONAL PRIMERA A DEL VALLE S/ ELEVA ACTUACIONES RAIZ FALLECIMIENTO DEL MENOR BRAIAN JOSIAS LEGUIZA"** del Registro de este Juzgado de Instrucción No Dos, Secretaría No 2, sito en Chacabuco y Perú, con el objeto de hacerle saber que debera **proceder a inscribir la defunción de quien en vida fuere el menor LEGUIZA BRAIAN JOSIAS, DNI 48.888.350.**

Saludo a Ud. atte.

**S.C**

Digitally signed by ALBERTO Maria Nelida  
Date: 2026.03.18 09:50:28 ART  
Reason: Poder Judicial de Misiones  
Location: Secretaría de Tecnología  
Informática

Signature Not Verified

Digitally signed by ELENA Daniela Mariel  
Date: 2024.12.05 08:37:19 ART  
Reason: Poder Judicial de la Provincia de Misiones

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

Formulario de Entrega Gratuita

### CERTIFICADO DE DEFUNCION

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

CERTIFICO que Don/ña LEGUIZA BRAIAN JOSIAS Varón  Mujer   
D.N.I. / L.C. / C.I. 48.888.350 Domiciliado/a en calle SECC "I" MZ 175 PARC 01 B° BANCARIO N° \_\_\_\_\_  
Localidad ARISTOBULO DEL VALLE Provincia MISIONES de 16 Años de edad, Nacido el 30 de JUNIO de 2008  
en MISIONES Estado Civil (1) \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_ Profesión u ocupación \_\_\_\_\_  
Ha fallecido de: Enfermedad  Muerte Violenta  El Día 03 de DICIEMBRE de 20 24 a las 9.30 horas en: A DEL VALL  
¿Tuvo atención médica durante la enfermedad Sí  No  Lo atendió el médico Sí  No   
o lesión que le produjo la muerte? que suscribe No  Sí   
Causa de la defunción a) ASFIXIA POR SUMERSION b) \_\_\_\_\_  
Lugar donde ocurrió el hecho: ARISTOBULO DEL VALLE  
PROFESIONAL CERTIFICANTE  
Nombre y Apellido ELENA DANIELA MARIEL Matricula Profesional N° M07246  
Domicilio Profesional: Calle AV ALEM N° 3417 Dto. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_  
Localidad POSADAS Teléfonos 3764446550  
LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACION:  
Lugar: MORGUE JUDICIAL DE POSADAS  
Fecha: 04 de DICIEMBRE de 20 24 FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

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	Número	<b>4</b> TOMO	<b>5</b> FOLIO	<b>6</b> ACTA
---------------------------------	--------------------------------------	--------	---------------	----------------	---------------

<b>1</b> Fecha de Inscripción	Día	Mes	Año
-------------------------------	-----	-----	-----

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

<b>5</b> ¿Tuvo atención médica durante la enfermedad o lesión que le condujo a la muerte? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>	<b>6</b> Lo atendió el médico que suscribe? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input 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) ASFIXIA POR SUMERSION b) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE) c) DEBIDO A (O COMO CONSECUENCIA DE)	INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE  No Usar
--	--	--

**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 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  Parto 2  Puerperio 3

DATOS DEL FALLECIDO

Apellido/s <b>LEGUIZA</b>	Nombre/s <b>BRAIAN JOSIAS</b>	D.N.I. Nº <b>48.888.350</b>
------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

<b>10</b> Fecha de la defunción	<b>11</b> Fecha de nacimiento
Día Mes Año <b>03   12   2014</b>	<b>30 DE JUNIO DE 2008</b>

**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 <b>16</b>	Meses	Días	Horas	Minutos	<b>13</b> Sexo
					Masculino 1 <input checked="" type="checkbox"/>
					Femenino 2 <input type="checkbox"/>
					Indeterminado 3 <input type="checkbox"/>

**14** Ocurrió en...

* Establecimiento de salud público 1 <input type="checkbox"/> * Establecimiento privado, obra social, etc. 2 <input type="checkbox"/> * Vivienda (domicilio) particular 3 <input type="checkbox"/> * Otro lugar (hogar ancianos, vía pública, etc.) 4 <input checked="" type="checkbox"/>	} Pasara Preg. <b>15</b>	Nombre del establecimiento:
--	-----------------------------	-----------------------------

**15** Domicilio donde se produjo: Calle y N° / Ruta y Km.:

Localidad/Paraje **ARISTOBULO DEL VALLE** Departamento o Partido **CAINGUAS**

Provincia **MISIONES**

**16** Vivía habitualmente en: Calle y N° / Ruta y Km.: SECC "I" MZ 175 PARC 01 B° BANCARIO

Localidad/Paraje **ARISTOBULO DEL VALLE** Departamento o Partido **CAINGUAS** País

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  \* Plan de salud privado o mutual 2  \* Ambos 3  \* Ninguno 4

Continúa al dorso

# SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

# 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"> <li>• Nunca asistió <span style="float: right;">01 <input type="checkbox"/></span></li> <li>• S.E. No reformado <span style="float: right;">Incompleto    Completo</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>-- Primario <span style="float: right;">02 <input type="checkbox"/>    03 <input type="checkbox"/></span></li> <li>-- Secundario <span style="float: right;">04 <input type="checkbox"/>    05 <input type="checkbox"/></span></li> </ul> </li> <li>• Superior o universitario <span style="float: right;">06 <input type="checkbox"/>    07 <input type="checkbox"/></span></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>S.E. Reformado <span style="float: right;">Incompleto    Completo</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) <span style="float: right;">11 <input type="checkbox"/>    12 <input type="checkbox"/></span></li> <li>-- Ciclo EGB 3ro. <span style="float: right;">13 <input type="checkbox"/>    14 <input type="checkbox"/></span></li> <li>-- Polimodal <span style="float: right;">15 <input type="checkbox"/>    16 <input type="checkbox"/></span></li> </ul> </li> </ul>
---	--

19. Cuál era su situación laboral?

- Trabajaba o estaba de licencia 1
- No trabajaba 2 
  - Buscaba trabajo
  - 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

MADRE

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"> <li>• Nunca asistió <span style="float: right;">01 <input type="checkbox"/></span></li> <li>• S.E. No reformado <span style="float: right;">Incompleto    Completo</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>-- Primario <span style="float: right;">02 <input type="checkbox"/>    03 <input type="checkbox"/></span></li> <li>-- Secundario <span style="float: right;">04 <input type="checkbox"/>    05 <input type="checkbox"/></span></li> </ul> </li> <li>• Superior o universitario <span style="float: right;">06 <input type="checkbox"/>    07 <input type="checkbox"/></span></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>S.E. Reformado <span style="float: right;">Incompleto    Completo</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) <span style="float: right;">11 <input type="checkbox"/>    12 <input type="checkbox"/></span></li> <li>-- Ciclo EGB 3ro. <span style="float: right;">13 <input type="checkbox"/>    14 <input type="checkbox"/></span></li> <li>-- Polimodal <span style="float: right;">15 <input type="checkbox"/>    16 <input type="checkbox"/></span></li> </ul> </li> </ul>
---	--

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

PADRE

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"> <li>• Nunca asistió <span style="float: right;">01 <input type="checkbox"/></span></li> <li>• S.E. No reformado <span style="float: right;">Incompleto    Completo</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>-- Primario <span style="float: right;">02 <input type="checkbox"/>    03 <input type="checkbox"/></span></li> <li>-- Secundario <span style="float: right;">04 <input type="checkbox"/>    05 <input type="checkbox"/></span></li> </ul> </li> <li>• Superior o universitario <span style="float: right;">06 <input type="checkbox"/>    07 <input type="checkbox"/></span></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>S.E. Reformado <span style="float: right;">Incompleto    Completo</span> <ul style="list-style-type: none"> <li>-- Ciclos EGB (1ro. y 2do.) <span style="float: right;">11 <input type="checkbox"/>    12 <input type="checkbox"/></span></li> <li>-- Ciclo EGB 3ro. <span style="float: right;">13 <input type="checkbox"/>    14 <input type="checkbox"/></span></li> <li>-- Polimodal <span style="float: right;">15 <input type="checkbox"/>    16 <input type="checkbox"/></span></li> </ul> </li> </ul>
---	--

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

PADRE / MADRE

25. Cuál era su situación laboral?

- Trabaja o está de licencia 1
- No trabaja 2 
  - Busca trabajo
  - 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

<p>27. Cuál fue el peso del niño al nacer? <span style="float: right;">• gramos <input style="width: 50px;" type="text"/></span></p> <p>29. Nació de un embarazo...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Simple 1 <input type="checkbox"/> → ir a pregunta siguiente</li> <li>• Múltiple 2 <input type="checkbox"/> → el que <input style="width: 20px;" type="text"/> niños vivos, y produjo: <input style="width: 20px;" type="text"/> defunciones fetales</li> </ul> <p>32. Contando hasta el de este niño, inclusive, cuántos embarazos tuvo la madre? <span style="float: right;">• embarazos <input style="width: 50px;" type="text"/></span></p>	<p>28. Cuál fue su peso al morir? <span style="float: right;">• gramos <input style="width: 50px;" type="text"/></span></p> <p>30. Cuántas semanas completas duró la gestación? <span style="float: right;">• semanas completas <input style="width: 50px;" type="text"/></span></p> <p>31. En qué fecha comenzó la última menstruación normal previa al embarazo de este niño? Día <input style="width: 20px;" type="text"/> Mes <input style="width: 20px;" type="text"/> Año <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>33. Entre todos estos embarazos, cuántos hijos nacidos vivos tuvo? <span style="float: right;">• y cuántas defunciones fetales? <input style="width: 50px;" type="text"/></span></p>
---	---

### PERSONA QUE CUMPLIMENTÓ EL INFORME

Médico 1 <input checked="" type="checkbox"/>	Apellido y nombre <u>ELENA DANIELA MARIEL</u>	Matrícula Profesional N° <u>M07246</u>	Firma _____
Otro 2 <input type="checkbox"/>	Profesional: Calle <u>AV ALEM</u> N° <u>3417</u>	Localidad: <u>POSADAS</u>	Teléfono: <u>3764446550</u> Sello _____

# SISTEMA DE ESTADÍSTICAS VITALES

POSADAS, 10 de abril de 2026.-

**SR/A. SECRETARIO/A  
JUZGADO DE INSTRUCCIÓN N° 2  
DE LA 2° CIRCUNSC. JUDICIAL  
OBERA - MISIONES  
S / D**

**Nota N° 477 / 2026.-**

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, en respuesta a vuestro **Oficio N° 32533346/2025**, de fecha 18 de marzo de 2026, librado en autos caratulados “**Expte. N° 172098/2024 JEFE SECCIONAL PRIMERA A DEL VALLE S / ELEVA ACTUACIONES RAIZ FALLECIMIENTO DEL MENOR BRAIAN JOSIAS LEGUIZA**”, 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: 2026.04.10  
09:47:26 -03'00'

AAR