

FORMULARIO N° 4 - MUERTE NO TRAUMÁTICA

Unidad:		Régimen	N° Formulario		
Complejo Penitenciario					
Fecha:	Hora:				
Personal a Cargo del Establecimiento*					
MUERTE NO TRAUMÁTICA					(marque con una cruz donde corresponda) *Firma Personal a cargo
Lugar del Hecho	Pabellón (Número - Especificar)				
	Celda (Número - Especificar)				
	Pasillo				
	SUM de Visitas				
	Patio				
	Duchas				
	S.A.C (Numero - Especificar)				
	Campo de Deportes				
	Unidad Sanitaria				
	Hospital Extramuro				
	Vía Pública				
	Vehículo de Traslado				
	Sec. Talleres				
	Sec. Admisión				
	Sec. Escuela / CFP				
Sec. Cocina					
Otros / Especifique				Especificar Hospital:	
Causa de la muerte	Muerte por Enfermedad	HIV		Fecha de internación:	
		TBC			
		Otra patología/Especifique			
	Fallecimiento súbito sorpresivo				
	Otra / Especifique				
Datos de Involucrado					
Nombre y Apellido		FC / LEG / DNI	Género	Edad	Situación Judicial
Datos del personal de salud interviniente					
Cargo o función		Nombre y Apellido		Legajo /Matrícula	
Personal de salud de guardia					
Médico que constata el óbito					
Antecedentes y tratamientos brindados por parte del SPB/Salud**					
Antecedentes Similares		Controles médicos		Tratamiento Farmacológico	
SI - NO		SI - NO		SI - NO	
**tachar lo que no corresponda					
Otros datos					
UFI INTERVINIENTE					
N° IPP					
JUZGADO DE TURNO INTERVINIENTE					
TIPO ACTUACIONES INICIADAS					
CARÁTULA					
N° EXPEDIENTE					