

825
8232



CAUSA Nº S/Nº

Santiago, 12 de SEPTIEMBRE de 1973

El Instituto Médico Legal practicará la autopsia del cadáver de AGUSTIN LUNA enviado por HOSPITAL MILITAR a ese Establecimiento e informará a esta Fiscalía acerca de la causa precisa y necesaria de su muerte, con indicación de las menciones que señala el Art. 126 del Código de Procedimiento Penal.

Procédase a inscribir, para los efectos de sepultación, en la Oficina del Registro Civil de la Circunscripción respectiva.

EL CADAVER Y SUS PERTENENCIAS PERSONALES, SERA ENTREGADO AL EJERCITO DE CHILE.

SECRETARIO



FISCAL



222
E 2993
CAUSA Nº S/Nº

Santiago, 12 de SEPTIEMBRE de 1973

El Instituto Médico Legal practicará la autopsia del cadáver de JULIO HERNAN ANTILEF enviado por HOSPITAL MILITAR a ese Establecimiento e informará a esta Fiscalía acerca de la causa precisa y necesaria de su muerte, con indicación de las menciones que señala el Art. 126 del Código de Procedimiento Penal.

Procédase a inscribir, para los efectos de sepultación, en la Oficina del Registro Civil de la Circunscripción respectiva.

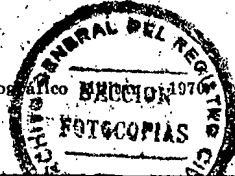
EL CADAVER Y SUS PERTENENCIAS PERSONALES, SERA ENTREGADO AL EJERCITO DE CHILE.

SECRETARIO



FISCAL

OIT. 510 - 10 blocks - Instituto Geográfico



CERTIFICADO MEDICO
DE DEFUNCION

(Marque fuerte con lápiz pasta una
X en el casillero correspondiente)

PROVINCIA Stgo
CIRCUNS. Judicial
FECHA DE INSCRIP. 12-10-73
INSCRIPCION N° 5229
LEGAJADO A FOJAS 221

2435

A.— INDIVIDUALIZACION DEL FALLECIDO.

1.— NOMBRE ANTILEF GAEZ JULIO HERNAN 2.— SEXO M F

(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre)

3.— ESTADO CIVIL Soltero Casado Viudo

4.— EDAD: Años 19 Si es menor de 1 año Meses Días Horas

5.— NIVEL INSTRUCCION Superior Medlo o secundario Primario Ninguno

6.— a) OCUPACION conscripto b) CATEGORIA OCUPACIONAL Patrón Empleado Obrero Trabajador por cuenta propia

7.— FECHA Y LUGAR DEL FALLECIMIENTO: Año 1973 Mes IX Día 12 Hora 2,50 Localidad Santiago Calle Hosp. Militar Local Hosp. Militar

8.— RESIDENCIA HABITUAL: Provincia Santiago Localidad Escu. Retecunicaciones Calle N°

9.— COMPROBACION DE IDENTIDAD. a) Cédula N° 7291796 Gabinete Stgo. b) Conocimiento personal del médico

c) Declaración de testigos
1) Don Cédula N° Gabinete
2) Don Cédula N° Gabinete

Firma Testigo 1 Firma Testigo 2

10.— SOLO PARA UN FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O UNA DEFUNCION FETAL (Marque lo que corresponda)

a) Pesó al nacer grs. b) Estado nutritivo previo a la enfermedad Satisfactorio Deficiente c) Nacido en el mes de gestación

d) DATOS DEL PADRE NOMBRE EDAD OCUPACION NIVEL INSTRUCCION Superior Medlo o secundario Primario Ninguno CAT. OCUPACIONAL Patrón Empleado Obrero Trabaj. por cuenta propia

e) DATOS DE LA MADRE NOMBRE EDAD CASADA: SI NO N° HIJOS HABIDOS POR LA MADRE Actualmente vivos Fallecidos Nacidos muertos TOTAL NIVEL INSTRUCCION Superior Medlo o secundario Primario Ninguno

B.— CERTIFICACION DE LA CAUSA DE MUERTE

11.— CAUSA DE MUERTE Anote sólo un diagnóstico en cada una de las líneas. En caso de una defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.

I a) CAUSA INMEDIATA. Enfermedad terminal, complicación o condición que produjo directamente la muerte. Heridas de bala (2) toraco
"Debida a" o "como consecuencia de" abdominales

b) CAUSAS ORIGINARIAS. Enfermedades que provocaron la causa inmediata o tipo de accidente, suicidio u homicidio. "Debida a" o "como consecuencia de"

c)

II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES. Estados morbosos o condiciones (por ejemplo embarazo) de importancia

Intervalo entre la iniciación de la enfermedad y la muerte

12.— FUNDAMENTO DE LA CAUSA DE LA MUERTE: Autopsia Biopsia Operación Exs. de Laboratorio Cuadro clínico Información de testigos

13.— CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE: a) Lugar de ocurrencia Casa Vía pública Trabajo Otro b) Circunstancias: Peatón Conductor Pasajero Suicidio Homicidio Otro

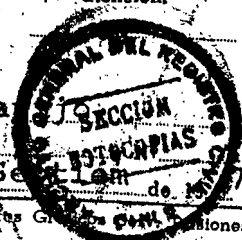
14.— Atención médica del fallecido en su última enfermedad. Sí No Duración de la atención

15.— CALIDAD DEL MEDICO QUE CERTIFICA: Tratante Legista o patólogo Otro

16.— DATOS DEL MEDICO QUE CERTIFICA: Nombre Dr. Humberto Rhea Cla Domicilio: Calle Avda La Paz 1012 Otorgado en Santiago 15

PARA SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION

Aprov. 1971 - (2.800 Bloques) - Talleres G. de M. de Chile



FIRMA H. Rhea

D-1

228

CAUSA Nº ...S/Nº.....

Santiago) ...12 de SEPTIEMBRE..... de 1973.....

El Instituto Médico Legal practicará la autopsia del cadáver de LUIS CASTILLO ASTORGA enviado por HOSPITAL MILITAR a ese Establecimiento e informará a esta Fiscalía acerca de la causa precisa y necesaria de su muerte, con indicación de las menciones que señala el Art. 126 del Código de Procedimiento Penal.

Procédase a inscribir, para los efectos de sepultación, en la Oficina del Registro Civil de la Circunscripción respectiva.

EL CADAVER Y SUS PERTENENCIAS PERSONALES, SERA ENTREGADO AL EJERCITO DE CHILE

SECRETARIO

FISCAL



O.T. 510 - 10 blocks - Instituto Geográfico Militar - 1973

CERTIFICADO MEDICO
DE DEFUNCION

(Marque fuerte con lápiz pasta una
X en el casillero correspondiente)

RVS.-

2436

PROVINCIA Italo
CIRCUNS. Indip
FECHA DE INSCRIP. 13-9-73
INSCRIPCION N° 62297
LEGAJADO A FOJAS 227

A.- INDIVIDUALIZACION DEL FALLECIDO.

1.- NOMBRE CASTILLO ASTORGA LUIS HERNAN. 2.- SEXO M F
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre)

3.- ESTADO CIVIL Soltero Casado Viudo
4.- EDAD: Años 20 (Cumplidos) Si es menor de 1 año Meses _____ Días _____ Horas _____
5.- NIVEL INSTRUCCION Superior Medio o secundario Primario Ninguno
6.- a) OCUPACION Soldado b) CATEGORIA OCUPACIONAL Patrón Empleado Obrero Trabajador por cuenta propia

7.- FECHA Y LUGAR DEL FALLECIMIENTO: Año 1973 Localidad Santiago Mes Septiembre Calle _____ Día 12 N° _____ Hora 2 Local Hospital Militar
8.- RESIDENCIA HABITUAL: Provincia Santiago Localidad Santiago Calle Avda. La Paz N° 1012 Gabinete _____ b) Conocimiento personal del médico

9.- COMPROBACION DE IDENTIDAD. a) Cédula N° _____ Gabinete _____ b) Conocimiento personal del médico
c) Declaración de testigos 1) Don _____ Cédula N° _____ Gabinete _____ 2) Don _____ Cédula N° _____ Gabinete _____

Firma Testigo 1 _____ Firma Testigo 2 _____

10.- SOLO PARA UN FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O UNA DEFUNCION FETAL (Marque lo que corresponda)

a) Pesó al nacer _____ grs. b) Estado nutritivo previo a la enfermedad Satisfactorio Deficiente c) Nacido en el _____ mes de gestación

d) DATOS DEL PADRE NOMBRE José Anselmo EDAD _____ OCUPACION _____ NIVEL INSTRUCCION Superior Medio o secundario Primario Ninguno CAT. OCUPACIONAL Patrón Empleado Obrero Trabaj. por cuenta propia

e) DATOS DE LA MADRE NOMBRE Elsa Narcisca. EDAD _____ CASADA: SI NO N° HIJOS HABIDOS POR LA MADRE Actualmente vivos _____ Fallecidos _____ Nacidos muertos _____ TOTAL _____ NIVEL INSTRUCCION Superior Medio o secundario Primario Ninguno

B.- CERTIFICACION DE LA CAUSA DE MUERTE

11.- CAUSA DE MUERTE Anote sólo un diagnóstico en cada una de las líneas. En caso de una defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO. Intervalo entre la iniciación de la enfermedad y la muerte

I a) CAUSA INMEDIATA. Enfermedad terminal, complicación o condición que produjo directamente la muerte. Heridas de bala (2) torácicas "Debida a" o "como consecuencia de" c/ volidos de proyectil
b) CAUSAS ORIGINARIAS. Enfermedades que provocaron la causa inmediata o tipo de accidente, suicidio u homicidio. "Debida a" o "como consecuencia de"
c)

II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES. Estados morbosos o condiciones (por ejemplo embarazo) de importancia

12.- FUNDAMENTO DE LA CAUSA DE LA MUERTE:

- Autopsia 1
Biopsia 2
Operación 3
Exs. de Laboratorio 4
Cuadro clínico 5
Información de testigos 6

13.- CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE:

- a) Lugar de ocurrencia Casa 1 Vía pública 2 Trabajo 3 Otro 4
b) Circunstancias: Peatón 1 Conductor 2 Pasajero 3 Suicidio 4 Homicidio 5 Otro 6

14.- Atención médica del fallecido en su última enfermedad.

- Si No Duración de la atención.

15.- CALIDAD DEL MEDICO QUE CERTIFICA:

- Tratante 1
Legista o patólogo 2
Otro 3

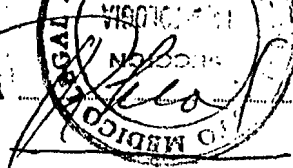
18.- DATOS DEL MEDICO QUE CERTIFICA:

Nombre DR. HUMBERTO RHEA CLAVIERO
Domicilio: Calle Avda. La Paz
Otorgado en Santiago a 13 de Septiembre de 1973

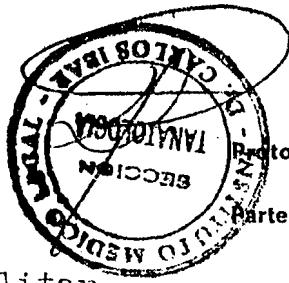
PARA SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION

Aprens. 1971 - (2.800 Bloques) - Talleres Gráficos - Prisiones

FIRMA



D-1



Protocolo N° 2473/73.

Parte N°

Primera Fiscalía Militar.

JUZGADO DEL CRIMEN DE

Santiago, 14 de Septiembre de 1973 de 19.....

El Servicio Médico Legal practicará la pericia indicada en el inc. 1º del Art. 125 del Código de Procedimiento Penal al cadáver de don

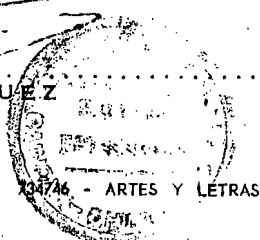
SERGIO ENRIQUE STACHO GONZALEZ
enviado por Sub. Comisaria Luñoa

e informará a este Juzgado sobre la causa precisa y necesaria de la muerte, teniendo presente lo dispuesto en los Arts. 126, 130, 132, 133, 134 y 135 del Código de Procedimiento Penal.

Procédase a inscribir la defunción en la Oficina del Registro Civil correspondiente y entreguese el cadáver para los efectos de su sepultación.

SECRETARIO

JUEZ



CERTIFICADO MEDICO
DE DEFUNCION

(Marque fuera con lápiz pasta una X en el casillero correspondiente)

PROVINCIA 5to
CIRCUNSCRIPCION Independencia
FECHA DE INSCRIP. 25-9-73
INSCRIPCION N° 2252
LEGAJADO A FOJAS 125

A.— INDIVIDUALIZACION DEL FALLECIDO.

1.— NOMBRE Stak Corvalán Sergio Enrique 2.— SEXO M F
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre)

3.— ESTADO CIVIL Soltero Casado Viudo
4.— EDAD: Años 1973 (Cumplidos) Si es Menor de 1 año Meses _____ Días _____ Horas _____
5.— NIVEL INSTRUCCION Superior Medlo o secundario Primario Ninguno
6.— a) OCUPACION Artesano b) CATEGORIA OCUPACIONAL Patrón Empleado Obrero Trabajador por cuenta propia

7.— FECHA Y LUGAR DEL FALLECIMIENTO: Año 1973 Localidad Santiago Mes Septbre Calle Guillermo Manns Día 12 N° 2273 Hora 8 Local via pública.
8.— RESIDENCIA HABITUAL: Provincia Santiago Localidad Santiago Calle Guillermo Manns N° 2273 Stgo.

9.— COMPROBACION DE IDENTIDAD. a) Cédula N° 1213354 Gabinete b) Conocimiento personal del médico
c) Declaración de testigos
1) Don _____ Cédula N° _____ Gabinete
2) Don _____ Cédula N° _____ Gabinete

Firma Testigo 1 _____ Firma Testigo 2 _____

10.— SOLO PARA UN FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O UNA DEFUNCION FETAL (Marque lo que corresponda)

a) Pesó al nacer _____ grs.
b) Estado nutritivo previo a la enfermedad Satisfactorio Deficiente
c) Nacido en el _____ mes de gestación

d) DATOS DEL PADRE NOMBRE Juan EDAD _____ OCUPACION _____ NIVEL INSTRUCCION Superior Medlo o secundario Primario Ninguno CAT. OCUPACIONAL Patrón Empleado Obrero Trabaj. por cuenta propia

e) DATOS DE LA MADRE NOMBRE Rosa EDAD _____ CASADA: SI NO N° HIJOS HABIDOS POR LA MADRE Actualmente vivos _____ Fallecidos _____ Nacidos muertos _____ TOTAL _____ NIVEL INSTRUCCION Superior Medlo o secundario Primario Ninguno

B.— CERTIFICACION DE LA CAUSA DE MUERTE

11.— CAUSA DE MUERTE
Anote sólo un diagnóstico en cada una de las líneas.
En caso de una defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.

I a) CAUSA INMEDIATA. Enfermedad terminal, complicación o condición que produjo directamente la muerte. Herida de proyectil metálico - Esquiva - espaldado del mismo cráneo.
"Debida a" o "como consecuencia de" encefalica
b) CAUSAS ORIGINARIAS. Enfermedades que provocaron la causa inmediata o tipo de accidente, suicidio u homicidio.
"Debida a" o "como consecuencia de" _____
c) _____

II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES. Estados morbosos o condiciones (por ejemplo embarazo) de importancia _____

Intervalo entre la enfermedad y la iniciación de la muerte _____

12.— FUNDAMENTO DE LA CAUSA DE LA MUERTE: Autopsia Biopsia Operación Exs. de Laboratorio Cuadro clínico Información de testigos

13.— CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE: a) Lugar de ocurrencia Casa Via pública Trabajo Otro b) Circunstancias: Peatón Conductor Pasajero Suicidio Homicidio Otro

14.— Atención médica del fallecido en su última enfermedad. Si No Duración de la atención _____

15.— CALIDAD DEL MEDICO QUE CERTIFICA: Tratante Legista o patólogo Otro

16.— DATOS DEL MEDICO QUE CERTIFICA: Nombre Dr. Humberto Rhea Olivares Domicilio: Calle Avda. La Paz Otorgado en Santiago a 15 de Septiembre de 1973

PARA SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION

Aprov. 1971 - (2.800 Blocks) - Talleres Serv. Públicos

FIRMA Rhea

SECCION FOTOCOPIAS 1012

GENERAL DEL REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACION

D-1

E 18
E 2209

SERVICIO MEDICO LEGAL
CHILE

FORM. N° 2



rvs/14.-

Protocolo N° ... 2475/73.

Parte N°

~~PRIMERA~~ JUZGADO DEL CRIMEN DE PRIMERA FISCALIA MILITAR.-

Santiago 14. de Septiembre de 19.73.-

El Servicio Médico Legal practicará la pericia indicada en el inc. 19 del Art. 125 del Código de Procedimiento Penal al cadáver de don

MARCOS AURELIO VEGA PENJEAN.-

enviado por ... Hospital Militar.-

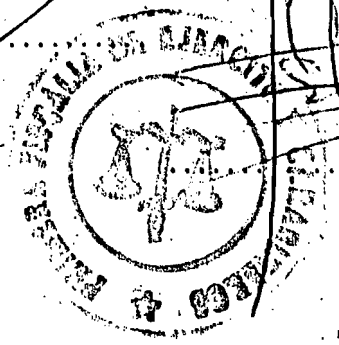
e informará a este Juzgado sobre la causa precisa y necesaria de la muerte, teniendo presente lo dispuesto en los Arts. 126, 130, 132, 133, 134 y 135 del Código de Procedimiento Penal.

Procédase a inscribir la defunción en la Oficina del Registro Civil correspondiente y entréguese el cadáver para los efectos de su sepultación.

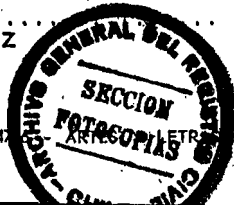
Q. su familia

SECRETARIO

[Handwritten signature]



JUEZ



734

L. 2797.
h. 296

Santiago, 23 de Octubre de 1957.

El Instituto Médico Legal practicará la autopsia del Cadáver de DAVID PATRICIO GONZALEZ URBINA enviado por la Posta Central de la Asistencia Pública. a ese Establecimiento e informará a esta Fiscalía acerca de la causa precisa y necesaria de su muerte.

Procédase a inscribir, para los efectos de sepultación, en la Oficina del Registro Civil de la Circunscripción respectiva.

Una vez practicada la autopsia, hágase entrega del cadáver a sus familiares o a la Autoridad de Carabineros que lo solicite.-

Secretario

Fiscal



CERTIFICADO MEDICO
DE DEFUNCION

(Marque fuerte con lápiz pasta una X en el casillero correspondiente)

PROVINCIA Atacama
CIRCUNSCRIPCION Antofagasta
FECHA DE INSCRIP. 24.10.73
INSCRIPCION N° E2497
LEGAJADO A FOJAS 2497

nse

3474

A.— INDIVIDUALIZACION DEL FALLECIDO.

1.— NOMBRE GONZALEZ URBINA DAVID PATRICIO SEXO M 1
(Apellido Paterno) (Apellido Materno) (Nombre) F 2

3.— ESTADO CIVIL Soltero 1 Casado 2 Viudo 3

4.— EDAD: Años 17
(Cumplidos) Si es Menor de 1 año Horas

5.— NIVEL INSTRUCCION Superior 1 Medio 2 Secundario 3 Primario 4 Ninguno 5

6.— a) OCUPACION Trabajador b) CATEGORIA OCUPACIONAL Patrón 1 Empleado 2 Obrero 3 Trabajador por cuenta propia 4

7.— FECHA Y LUGAR DEL FALLECIMIENTO: Año 1973 Localidad SANTIAGO Mes Oct. Calle TENENCIA MATADERO Día 22 N° 078 Hora 12.30 Local

8.— RESIDENCIA HABITUAL: Provincia SANTIAGO Localidad POBL SAN GREGORIO Calle PASAJE 5 Norte N° 078

9.— COMPROBACION DE IDENTIDAD. a) Cédula N° Gabinete b) Conocimiento personal del médico c) Declaración de testigos 1) Don Cédula N° Gabinete 2) Don Cédula N° Gabinete

Firma Testigo 1 Firma Testigo 2

10.— SOLO PARA UN FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O UNA DEFUNCION FETAL (Marque lo que corresponda)

a) Pesó al nacer grs. b) Estado nutritivo previo a la enfermedad Satisfactorio 1 Deficiente 2 c) Nacido en el mes de gestación

d) DATOS DEL PADRE NOMBRE JUAN ANDRINO EDAD OCUPACION NIVEL INSTRUCCION Superior 1 Medio 2 Secundario 3 Primario 4 Ninguno 5

e) DATOS DE LA MADRE NOMBRE TERESA EDAD CASADA: SI 1 NO 2 N° HIJOS HABIDOS POR LA MADRE Actualmente vivos Fallecidos Nacidos muertos TOTAL Nivel Instrucción Superior 1 Medio 2 Secundario 3 Primario 4 Ninguno 5

B.— CERTIFICACION DE LA CAUSA DE MUERTE

11.— CAUSA DE MUERTE Anote sólo un diagnóstico en cada una de las líneas. En caso de una defunción fetal especifique la causa, no anote MORTINATO.

I a) CAUSA INMEDIATA. Enfermedad terminal, complicación o condición que produjo directamente la muerte. Herida a bala facio-cervico-torácica, "Debida a" o "como consecuencia de" complicada.

b) CAUSAS ORIGINARIAS. Enfermedades que provocaron la causa inmediata o tipo de accidente, suicidio u homicidio. "Debida a" o "como consecuencia de"

c) II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES. Estados morbosos o condiciones (por ejemplo embarazo) de importancia

Intervalo entre la enfermedad y la iniciación de la muerte

12.— FUNDAMENTO DE LA CAUSA DE LA MUERTE:

- Autopsia 1 Biopsia 2 Operación 3 Exs. de Laboratorio 4 Cuadro clínico 5 Información de testigos 6

13.— CASO DE MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE:

- a) Lugar de ocurrencia Casa 1 Vía pública 2 Trabajo 3 Otro 4
- b) Circunstancias: Peatón 1 Conductor 2 Pasajero 3 Suicidio 4 Homicidio 5 Otro 6

14.— Atención médica del fallecido en su última enfermedad.

- Si 1 No 2 Duración de la atención.

15.— CALIDAD DEL MEDICO QUE CERTIFICA:

- Tratante 1 Legista o patólogo 2 Otro 3

16.— DATOS DEL MEDICO QUE CERTIFICA:

Nombre DR TOMAS TOBAR PINOCHET Domicilio: Calle LA PAZ N° 1012 Otorgado en Santiago 23 de Octubre de 19 73

PARA DIRECCION DE ESTADISTICAS Y CENSOS

FIRMA



D-1