

DECLARACION .-

En relación con la muerte de don Mario Fernández López, en la ciudad de La Serena, quien fuere detenido en la ciudad de Ovalle por funcionarios de la Central Nacional de Inteligencia, me veo en la obligación moral de expresar lo siguiente:

1. Don Mario Fernández López ha muerto a causa directa de las torturas recibidas de parte de funcionarios de la CNI, en el local de detención de este organismo. Este hecho se encuentra plenamente comprobado en el informe autopsia, como también con el parte de defunción, en el que se lee textualmente: "Anemia exaguzate; rotura de víceras abdominales y traumatismo externo".
2. De lo anterior resulta, que una vez más, la CNI ha informado falsamente a la opinión pública al afirmar que el detenido habría fallecido como consecuencia de un paro cardíaco.
3. Asimismo, la CNI ha faltado gravemente a la verdad al denunciar que el detenido era un terrorista, militante comunista y que se habrían encontrado en su domicilio explosivos, miguelitos y panfletos. La verdad, según me atestiguaron sus hijas, a quienes creo, esos materiales fueron depositados en el comedor de la casa por los propios funcionarios aprehensores. Por otra parte, puedo atestiguar, por haberlo conocido personalmente, que don Mario Fernández López era militante demócratacristiano desde el año 1960, por todos conocidos como una persona pacífica, modesta y trabajadora. Por tanto, la excusa del CNI es inaceptable, bajo todo punto de vista, ya que no sólo falta a la verdad, sino que además se ha pretendido enlodar la honra de quien ha sido torturado y muerto.
4. Que el Director de la Central Nacional de Informaciones debería tratar de reparar, aunque fuere moralmente el mal causado, haciendo una declaración pública en que se diga la verdad y se asuma la grave responsabilidad. No basta con mandar un fiscal para investigación burocrática, los hechos están claros y probados, han sido funcionarios de ese servicio que detuvieron, torturaron y provocaron la muerte de una persona, y como tales esos funcionarios deberían ser puestos a disposición de la justicia.
5. Por la seguridad de todos los chilenos, no siendo este el único caso en que se involucra la CNI en actos repudiados, es preciso denunciar estos hechos, solicitar que se sancione a los responsables e incrementar una campaña para obtener la disolución de este tipo de Instituciones que sólo sirven para atemorizar o dañar gravemente a los chilenos.
6. También, hago un llamado a los medios de comunicación para que contribuyan a esclarecer estos hechos, dando a conocer la verdad aún cuando sea cruda y brutal. No puede ser que se con funde a la opinión pública destacando las informaciones que se entregan por el CNI y relegando a un segundo plano las informaciones que entregan los afectados.
7. Solicito que en este caso preciso, donde existen todos los antecedentes para fijar las responsabilidades, el Poder Judicial tome todas las acciones para que no queden impunes los autores tanto materiales como intelectuales de estos hechos tan repudiados.

ANDRES ZALDIVAR LARRAIN

CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION

(ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA Y COLOQUE EN CADA CUADRO LA LETRA O NUMERO QUE CORRESPONDA)

208889

1.- NOMBRE Y APELLIDOS DEL FALLECIDO MARIO GILBERTO FERNANDEZ LOPEZ					CEDULA DE IDENTIDAD/GABINETE 3144569-8					
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD Años cumplidos	Solo si es menor de un año			Testigos que certifican identidad del difunto.		
<input checked="" type="checkbox"/> M: Masculino <input type="checkbox"/> F: Femenino	Día	Mes	Año		Meses	Días	Horas			
<input checked="" type="checkbox"/>	17	11	1934	049						

2.- DATOS DE LA DEFUNCION					SOLO PARA FALLECIDO MENOR DE UN AÑO O DEFUNCION FETAL.					
FECHA Y HORA					Peso al nacer (grs.)		sem. gestación		Estado nutritivo previo a la enfermedad	
Día	Mes	Año	Hora	Minutos					<input type="checkbox"/> 1: Eutrófico <input type="checkbox"/> 2: Desnutrición grado I <input type="checkbox"/> 3: Desnutrición grado II <input type="checkbox"/> 4: Desnutrición grado III <input type="checkbox"/> 5: Ignorado	
18	10	1984	22	30						

LOCAL	ESTABLECIMIENTO O DIRECCION		COMUNA
<input checked="" type="checkbox"/> 1: Hospital ó Clínica <input type="checkbox"/> 2: Casa habitación <input type="checkbox"/> 3: Otro	BALMACEDA 976		LA SERENA

3.- CAUSA DE LA MUERTE En caso de defunción fetal especifique la causa, no anote MORTI - NATO.					INTERVALO ENTRE LA INICIACION DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE.				
I a) CAUSA INMEDIATA: (Enfermedad terminal, complicación ó condición que produjo directamente la muerte).					USO M. SALUD				
ANEMIA EXANGUINIZANTE									
b) CAUSAS ORIGINARIAS: (Enfermedades que provocan la causa inmediata ó tipo de accidente, suicidio u homicidio).					USO M. SALUD				
ROTURA DE VISCERAS ABDOMINALES									
c) "Debida a" o "como consecuencia de"									
TRAUMATISMO EXTERNO									
II ESTADOS MORBOSOS CONCOMITANTES. Estados patológicos que contribuyeron a la defunción, pero no relacionado con la enfermedad que la causó.									

4.- FUNDAMENTO CAUSA DE MUERTE				CASO MUERTE VIOLENTA O ACCIDENTE			
<input checked="" type="checkbox"/> 1: Autopsia <input type="checkbox"/> 2: Biopsia <input type="checkbox"/> 3: Operación <input type="checkbox"/> 4: Exs. Laboratorio <input type="checkbox"/> 5: Cuadro Clínico <input type="checkbox"/> 6: Información de Testigos				LUGAR DE OCURRENCIA <input type="checkbox"/> 1: Casa <input type="checkbox"/> 2: Vía Pública <input type="checkbox"/> 3: Trabajo <input type="checkbox"/> 4: Otro CIRCUNSTANCIAS <input type="checkbox"/> 1: Peatón <input type="checkbox"/> 2: Conductor <input type="checkbox"/> 3: Pasajero <input type="checkbox"/> 4: Suicidio <input type="checkbox"/> 5: Homicidio <input type="checkbox"/> 6: Otro			

ATENCION MEDICA ULTIMA ENFERMEDAD	CALIDAD MEDICO QUE CERTIFICA	FECHA CERTIFICADO	"Certifico la veracidad de los hechos consignados"		
<input checked="" type="checkbox"/> 1: SI <input type="checkbox"/> 2: NO	<input checked="" type="checkbox"/> 1: Tratante <input type="checkbox"/> 2: Legista o Patólogo <input type="checkbox"/> 3: Otro <input type="checkbox"/> 4: Inf. de Matrona <input type="checkbox"/> 5: Inf. de Testigos	Día Mes Año	[Firma y Sello]		
Nombre Médico: DAVID WEINSTEIN ARALENA		Domicilio: BALMACEDA 976			

5.- INFORMACION ESTADISTICA (USO EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL)					
RESIDENCIA HABITUAL DEL FALLECIDO				USO INE	
calle	número	comuna ó localidad	provincia		
INSTRUCCION		OCUPACION		USO INE	NIVEL OCUPACIONAL
Ultimo Curso	Nivel				<input type="checkbox"/> 1: Patrón <input type="checkbox"/> 2: Empleado <input type="checkbox"/> 3: Obrero <input type="checkbox"/> 4: Trabajador por cuenta propia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

6.- SOLO PARA					1.- FALLECIDO MENOR DE UN AÑO 2.- DEFUNCION FETAL					
Nombre de la madre										
ESTADO CIVIL			HIJOS incluyendo presente inscripción				FECHA ULTIMO			
<input type="checkbox"/>	S: Soltera C: Casada V: Viuda		Vivos	Fallecidos	Mortinatos	Total	<input type="checkbox"/>	1: Parto 2: Aborto		Día Mes Año
<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>			
EDAD (años cumplidos)	INSTRUCCION		OCUPACION			USO INE	NIVEL OCUPACIONAL			
	Ultimo curso	Nivel					<input type="checkbox"/> 1: Patrón <input type="checkbox"/> 2: Empleado <input type="checkbox"/> 3: Obrero <input type="checkbox"/> 4: Trabajador por cuenta propia			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
Nombre del padre										
EDAD (años cumplidos)	INSTRUCCION		OCUPACION			USO INE	NIVEL OCUPACIONAL			
	Ultimo curso	Nivel					<input type="checkbox"/> 1: Patrón <input type="checkbox"/> 2: Empleado <input type="checkbox"/> 3: Obrero <input type="checkbox"/> 4: Trabajador por cuenta propia			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

Registro Civil e Identificación