



Universidad del Sureste Escuela de Medicina

“Acta de nacimiento y de defunción”

**Materia:
Medicina forense.**

**Docente:
Carlos Iván Altuzar Martínez**

**Alumno:
Oscar Miguel Sánchez Argüello**

**Semestre:
5° “A”**



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Rolando Reyes Juárez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido																						
2. FECHA DE NACIMIENTO 03/08/1980 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>																					
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Mexicano Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)																						
5. CURP	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>																					
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique																						
8. EDAD CUMPLIDA 40 años cumplidos Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para personas de un año o más	9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>																					
10. RESIDENCIA HABITUAL Anoté el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 32 avenida Poniente 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad 32 Colonia Centro 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano 29930 Yajalón Chiapas México 10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>																					
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>																						
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>																						
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> Torre Chaves 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 24353836284																						
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 32 avenida Poniente 15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 32 Colonia Centro 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 29930 Yajalón Chiapas México 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa																						
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 24/09/2016 16:30 Día Mes Año Horas Minutos																						
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>																						
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>																						
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoté una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)																						
<table border="1"> <tr> <td> PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Embolia pulmonar Debido a (o como consecuencia de) </td> <td>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 2 Horas</td> <td>Uso exclusivo del personal codificador Código CIE 126.9</td> </tr> <tr> <td>b) Fractura patológica de fémur Debido a (o como consecuencia de)</td> <td>2 días</td> <td>M84.4</td> </tr> <tr> <td>c) Cáncer secundario de fémur Debido a (o como consecuencia de)</td> <td>2 meses</td> <td>C79.5</td> </tr> <tr> <td>d) Cáncer del pezón de la mama Debido a (o como consecuencia de)</td> <td>1 Año</td> <td>C50.0</td> </tr> <tr> <td>PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo</td> <td>5 Años</td> <td>110.X</td> </tr> <tr> <td>Hipertensión arterial esencial</td> <td>10 Años</td> <td>E66.8</td> </tr> <tr> <td>Obesidad Mórbida</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Embolia pulmonar Debido a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 2 Horas	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE 126.9	b) Fractura patológica de fémur Debido a (o como consecuencia de)	2 días	M84.4	c) Cáncer secundario de fémur Debido a (o como consecuencia de)	2 meses	C79.5	d) Cáncer del pezón de la mama Debido a (o como consecuencia de)	1 Año	C50.0	PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	5 Años	110.X	Hipertensión arterial esencial	10 Años	E66.8	Obesidad Mórbida		
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Embolia pulmonar Debido a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 2 Horas	Uso exclusivo del personal codificador Código CIE 126.9																				
b) Fractura patológica de fémur Debido a (o como consecuencia de)	2 días	M84.4																				
c) Cáncer secundario de fémur Debido a (o como consecuencia de)	2 meses	C79.5																				
d) Cáncer del pezón de la mama Debido a (o como consecuencia de)	1 Año	C50.0																				
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	5 Años	110.X																				
Hipertensión arterial esencial	10 Años	E66.8																				
Obesidad Mórbida																						
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE C 5 0 0																						
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>																						
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>																						
21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>																						
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input checked="" type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input checked="" type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anoté la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: Presento signos y síntomas de embolia pulmonar, fue traído a la unidad médica de urgencia																						
22.7 Anoté el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 32 avenida Poniente 22.7.1 Tipo de vialidad 22.7.2 Nombre de la vialidad 32 Colonia Centro 22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 29930 Yajalón Chiapas México 22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa																						
23. NOMBRE: Erick Daniel Reyes López Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido																						
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo																						
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input checked="" type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique																						
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1 2 3 4 5 6 7 8 Número de la cédula profesional																						
27. NOMBRE: Oscar Miguel Sánchez Argüello Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido																						
28. FIRMA: <i>[Firma]</i>																						
29. DOMICILIO y TELEFONO: Calle Central 22 Colonia 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano Colonia Yajalón 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.8 Localidad Chiapas México 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa 29930 Yajalón México 29.11 Teléfono: 9671663382																						
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 24/09/2016 Día Mes Año																						
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA o JUZGADO: Núm. 459 Libro Núm. 93 31.1 Acta Núm. 3494																						
32. LUGAR y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad Yajalón Chiapas México 32.2 Municipio o delegación 32.3 Entidad federativa 24/09/2016 32.4 Día Mes Año																						

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCIÓN

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2010
FOLIO

00000000

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 90 DÍAS. ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE **Brenda Shadai** **Gutierrez** **Herrera**
Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) **B S S G O 0 0 4 0 9 H C S N R S R 6** Se ignora 99

2. LUGAR DE NACIMIENTO **Yajalón, Chiapas** **México**
2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)

3. FECHA DE NACIMIENTO **2 4 0 9 2 0 2 0** 4. ESTADO CONYUGAL
Día Mes Año En unión libre 15 Separada 16 Divorciada 13 Viuda 14 Soltera 12 Casada 11 Se ignora 99

5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO **Centro** **Yajalón**
5.1 Calle y número 5.2 Colonia 5.3 Localidad
Chiapas **México** **9 1 9 1 4 2 2 2 6 6**
5.4 Municipio o delegación 5.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) 5.6 Teléfono

6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) **0 1** Se ignora 99 7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) **0 0 0** Se ignora 99

8. NÚMERO DE HIJOS (AS) 8.1 Nacidos (as) vivos (as) **0 1** Se ignora 99 9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) 1 Muerto (a) 2 No ha tenido otros hijos (as) 3 9.1 Vive aún Si 1 No 2 9.2 Fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior Día Mes Año
8.2 Sobrevivientes **0 1** Se ignora 99 No 2 Se ignora 9

10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) **0 1** Se ignora 99 11. ATENCIÓN PRENATAL 11.1 ¿Recibió atención? Si No 2 Se ignora 9 11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero Segundo 2 Tercero 3 Se ignora 9 11.3 Total de consultas recibidas **0 5** Se ignora 99

12. ¿VIVE LA MADRE? Sí No 2 12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 IMSS 2 PEMEX 4 SEMAR 6 IMSS Oportunidades 10 Se ignora 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación

14. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Primaria incompleta 2 Secundaria incompleta 4 Bachillerato o preparatoria incompleta 6 Profesional 3 Se ignora 99
Primaria completa 3 Secundaria completa 5 Bachillerato o preparatoria completa 7 Posgrado 10

15. OCUPACIÓN HABITUAL **Enfermera** Se ignora 99 15.1 Trabaja actualmente Sí No 2 Se ignora 9

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO **2 4 0 9 2 0 2 0 2 2 0 1** 17. SEXO **Hombre** 1 **Mujer** 2 18. EDAD GESTACIONAL **4 0** Semanas
Día Mes Año Hora Minutos

19. TALLA **5 0** Centímetros 20. PESO AL NACER **3 2 0 0** Gramos 21.1 APGAR (a los cinco minutos) **0 9** 21.2 SILVERMAN (a los cinco minutos) **0 0**

22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS Vitaminas 22.1 BCG Si No 2 22.2 Hepatitis B Si No 2 22.3 (A) Si No 2 22.4 (K) Si No 2 23. TAMIZ NEONATAL 23.1 Metabólico Si No 2 23.2 Auditivo Si No 2 24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Único 1 Gemelar 2 Tres o más 3

25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO CLAVE CIE-10
a) _____
b) _____

26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO Parto normal 1 Cesárea 2 Fórceps 3 Otro 8 Especifique _____

27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud 1 ISSSTE 4 SEDENA 6 Oportunidades 2 Otra unidad pública 3 Hospital General de Yajalón 27.1 Nombre de la unidad médica
IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica privada 10 **2 4 0 9 2 0 2 0 2 2 0** 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) Vía pública 1 Hogar 12 Otro lugar 13

28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico 1 Enfermera 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 3 Partera 4 Otro 8 Especifique _____

29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO **Juana Hernandez S/N** **Hangares** **Yajalón**
29.1 Calle y número 29.2 Colonia 29.3 Localidad
Chiapas **México**
29.4 Municipio o delegación 29.5 Entidad federativa

DATOS DEL CERTIFICANTE

30. NOMBRE **Oscar Miguel** **Sánchez** **Argüello**
Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno

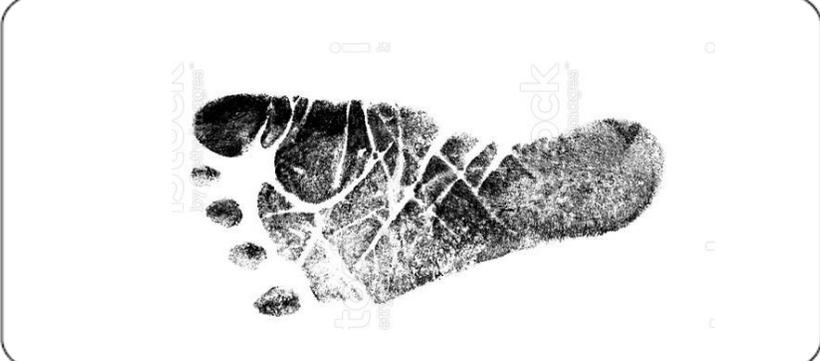
31. CERTIFICADO POR Médico pediatra 1 Médico gineco-obstetra 7 Otro médico 2 Enfermera 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 4 Partera 5 Autoridad civil 6 Especifique _____

32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO **1 2 3 4 5 6 7 8** 33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA? **Hospital general de Yajalón** **1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0**
Número de cédula profesional 33.1 Nombre de la unidad médica 33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

34. DOMICILIO Y TELÉFONO **Sur No. 22** **Centro** **Yajalón**
34.1 Calle y número 34.2 Colonia 34.3 Localidad
Chiapas **México** **967 166 33 82**
34.4 Municipio o delegación 34.5 Entidad federativa 34.6 Teléfono

35. FIRMA *[Firma]* 36. FECHA DE CERTIFICACIÓN **2 4 0 9 2 0 2 0**
Día Mes Año

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO



HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE



FIRMA DE LA MADRE



SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN QUE CERTIFICÓ