



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina



“Documentos”

Materia:

Medicina Forense

Docente:

Dr. Leonardo Daniel Nanduca Navarro

Alumno:

Tarsis Andrea Guillén Narváez

Semestre:

5° “A”



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE PEDIATRIA
HISTORIA CLINICA PEDIATRICA

Nombre: Valeria Monserrat Solís Gómez Fecha: 24 de septiembre de 2020
No. Afiliación: _____
Fecha de nacimiento: 27 de octubre del 1971 Edad: 48 años Género: M F
Informante (parentesco): _____ Edad: _____ años Escolaridad: _____
Religión: Católica Discapacidad Si No Idioma Español Otro _____ Lengua: _____

PADECIMIENTO ACTUAL

Síntomas en orden cronológico y tiempo de evolución. Describa por separado cada uno de los síntomas, con la evolución de sus características, desde el inicio hasta el momento actual.

El paciente acude por dolor en la cavidad abdominal. Al igual presenta nauseas vómito, y falta de apetito

APARATOS Y SISTEMAS

Neurológico: Niega alguna alteración neuronal, niega cefalea, mareos vértigos o problemas relacionados

Respiratorio: NIEGA Rinorrea, rinolalia, tos, expectoración, disnea, dolor torácico, epistaxis, disfonía, hemoptisis, vómica, sibilancias audibles a distancia.

Digestivo:

Cardiovascular: Niega presentar y tener antecedentes de problemas cardiacos, o síntomas de relevancia

Genitourinario-Renal

NIEGA cualquier dolor, ni alteración en la orina, orina color clara poco amarilla
Asegura tener un adecuado control de esfínter

Musculo-esquelético:

NIEGA Mialgias, dolor óseo, artralgias, alteraciones en la marcha, hipotonía, disminución del volumen muscular, limitación de movimientos y deformidades

Piel y anexos:

Niega haber presentado alguna alteración a nivel de coloración o textura de la piel

Diagnósticos previos: _____

Exámenes de laboratorio y gabinetes previos: _____

Terapéutica previa: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre vive: Edad: 72 años Escolaridad: Primaria
si no

Ocupación: Ama de casa Gesta: 3 Parto: 2 Abortos: 0 Cesáreas: 1

Toxicomanías: Especifique: _____
si no

Padre vive: Edad: 79 años Escolaridad: secundaria
si no

Ocupación: Carnicero Toxicomanías: Especifique: Alcohol desde los 30 años
si no

Hermanos: número 2 Vivos: 2 Edades: 55 años y 45 años

Muertos: _____ Causa (s): _____

Padecimientos heredo-familiares:
(marque con una X los positivos)

Negativos:

Positivos:

Diabéticos:
Hipertensión
Neurológicos: _____
Especificar: _____

Cardiópatas: _____
Hematológicos: _____
Malf. Congénitas: _____

Nefrópatas: _____
Oncológicos: _____
Alérgicos:

Contacto con enfermedades infecciosas: Especificar: _____
si no

ANTECEDENTES PERSONALES

Perinatales

Embarazo No.: _____ Curso normal: Causa: _____
si no

Gestación: _____ Semanas. Sitio de atención del parto: _____

Parto eutócico: Causa: _____
si no

Peso: _____ Kg. Talla: _____ cm. Rup. Pret. membran. horas: _____
si no

Anestesia: Cual: _____
si no

Apnea neonatal: _____ Convulsiones: _____ Hemorragias: _____ Ictericia: _____

Cianosis: _____ Otros: _____
Especifique

Información adicional: _____

PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Alimentación:

Pecho materno: Duración: _____ meses. Ablactación: _____ meses
si no

Destete: _____ meses. Alimentación actual (no. de días por semana) Carne: 4

Leche: 7 Huevo: 5 Frutas: 7 Cereales: 3
Verduras: 6 Leguminosas 4

INMUNIZACIONES; DOSIS Y EDAD AL MOMENTO DE APLICACIÓN. Marque con una cruz

BCG al nacer (X) **Sabin** al nacer (X) 2 m (X) 4 m () 6 m Dosis adicionales campañas ()
Hepatitis B al nacer (X) 2 meses (x) 6 meses () Refuerzos ()
Pentavalente acelular: DPaT+VPI+Hib: 2 m (x) 4 m (x) 6 m () Refuerzo 18 m ()
Rotavirus 2 m (x) 4 m (x) **Antineumocócica conjugada** 2 m (x) 4 m (x) Refuerzo 12 m ()
Pentavalente esquema previo DPT+HB+Hib; 2 m (x) 4 m () 6 m (x) Refuerzo 18 m ()
Influenza: 6 m (x) 7 m (x) anual () Fecha última aplicación:

DPT REFUERZO: 4 a (x) Sarampión, rubéola, parotiditis: 1 a () Refuerzo 6 a ()
Vacunas adicionales (anote tipo de vacuna, dosis y edad de administración)

Desarrollo psicomotor (precisar la edad en meses)

Siguió objetos: Sonrió: Sostuvo la cabeza: Se sentó:
Caminó: Control de esfínteres: Vesical: Anal:
Escolaridad actual: Años escolares reprobados:
Datos anormales en el desarrollo:

Desarrollo puberal

Inicio de: Telarca: 13 años Pubarca: 9 años Adrenarca:
Edad de espermaquia:
Ciclos Menstruales: Frecuencia: Cada 30 días Duración: 5 días Cantidad: 3 toallas
(num. toallas promedio/ día)
Dismenorrea: Uso de anticonceptivos: Si ¿Cuál? No X NA
 si no

Habitación:

Eliminación de excretas: Fecalismo: Letrina: Tipo inglés: X
Agua intradomiciliaria: X Baño familiar: X Comunal:
 si no
Convivencia con animales: X Cual (es): perro
 si no
Piso de la casa: Tierra: Cemento: X Recubrimiento:
Número de cuartos en la casa 8 Número de personas que duermen en la casa 4
(excluir cocina y baño); (incluir a todo los niños)
Refrigerador: X Teléfono: X Automóvil: X
 si no si no si no
Exposición a sustancias tóxicas: X Cuales:
 si no

Personales patológicos (especifique todas las enfermedades) **INCLUYA ALERGIAS Y EFECTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS**

Niega alguna transfusión , presento una intervenciones quirúrgicas (cesáreas), sin complicaciones, la primera a los 29 años y la segunda a los 35, menciona tener alergias al polvo y polen, niega alguna patología crónica degenerativa, al igual que niega patologías de contagiosas

EXPLORACION FISICA

Peso: 69 Kg. Talla: 1.65 cm. P. cef: cm. P. Brazo cm.
P. pierna: cm. Seg. sup: cm. Seg. inf.: cm.
F.C.: 79 x' F.R.: 25 x' Temp: 37 °C. T.A.: 160/70

Aspecto General

Piel y faneras: Piel no hidratada, la turgencia corporal es lenta

Cabeza: Sin ninguna alteración

Ojos: Sin ninguna alteración

Oídos: Sin ninguna alteración

Boca y faringe: Sin ninguna alteración

Cuello: Sin ninguna alteración

Tórax:

a) Ap. Resp.: Taquipnea

b) Ap. Card.: Taquicardia

Tanner mamario: Sin ninguna alteración

Abdomen: Presenta dolor en epigastrio que empeora cuando toses, caminas o realizas otros movimientos bruscos.
Náuseas y vómitos. Anorexia

Extremidades: Sin ninguna alteración

Genitales: Sin ninguna alteración

Tanner genital: Sin ninguna alteración

Ano y recto: Sin ninguna alteración

Tanner púbico: Sin ninguna alteración

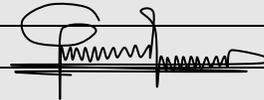
Vas. Periférico: Sin ninguna alteración

Neurológico: Sin ninguna alteración

Col. Vertebral: Sin ninguna alteración

Nombre del médico que realizó la historia: Tarsis Andrea Guillen Narváez

Firma



Nombre y firma del médico que revisó la historia:



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2011
FOLIO

000000000



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2011
FOLIO

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

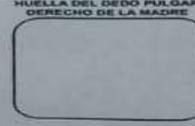
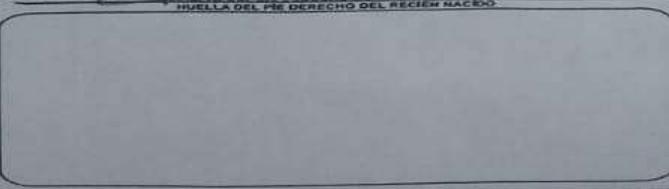
SE RECOMIENDA INSCRIBIR EL NACIMIENTO EN EL REGISTRO CIVIL EN LOS PRÓXIMOS 90 DÍAS. ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

DATOS DE LA MADRE

DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO

DATOS DEL CERTIFICANTE

1. NOMBRE <u>Camila Guadalupe Ruiz</u> Nombre (s) Apellido paterno <u>Sánchez</u> Apellido materno	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) _____ Se ignora <input checked="" type="checkbox"/> 99	
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Comitán de Domínguez Chiapas</u> 2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)	
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>21/09/1995</u> Día Mes Año	4. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="checkbox"/> 15 Separada <input type="checkbox"/> 18 Divorciada <input type="checkbox"/> 13 Viuda <input type="checkbox"/> 14 Soltera <input type="checkbox"/> 12 Casada <input checked="" type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 99
5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO <u>Bermuda Villavieja s/n Mariano N. Ruiz Comitán de Domínguez</u> 5.1 Calle y número 5.2 Colonia 5.3 Localidad 5.4 Municipio o delegación 5.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) 5.6 Teléfono <u>Comitán de Domínguez</u> <u>963 152 9258</u>	
6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>02</u> Se ignora <input type="checkbox"/> 99	7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) <u>01</u> Se ignora <input type="checkbox"/> 99
8. NÚMERO DE HIJOS (AS) 8.1 Nacidos (as) vivos (as) <u>02</u> Se ignora <input type="checkbox"/> 99 8.2 Sobrevivientes <u>02</u> Se ignora <input type="checkbox"/> 99	9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIÓ Vivo (a) <input checked="" type="checkbox"/> 1 Muerto (a) <input type="checkbox"/> 2 No ha tenido otros hijos (as) <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 9.1 Vive aún <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 9.2 Fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior <u>03/11/02</u> Día Mes Año
10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) _____ Se ignora <input type="checkbox"/> 99	11. ATENCIÓN PRENATAL 11.1 ¿Recibió atención? <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero <input checked="" type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> 2 Tercero <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9 11.3 Total de consultas recibidas <u>06</u> Se ignora <input type="checkbox"/> 99
12. ¿VIVE LA MADRE? <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción _____
13. AFINILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 IMSS <input checked="" type="checkbox"/> 2 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> 10 Se ignora <input type="checkbox"/> 99	13.1 Número de seguridad social o afiliación _____
14. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="checkbox"/> 1 Primaria incompleta <input type="checkbox"/> 2 Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input checked="" type="checkbox"/> 6 Profesional <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 99 Primaria completa <input type="checkbox"/> 3 Secundaria completa <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="checkbox"/> 7 Postgrado <input type="checkbox"/> 10	15.1 Trabajo actualmente <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9
15. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Comerciante</u> Se ignora <input type="checkbox"/> 99	15.2 Trabajo anteriormente <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9
16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>27/12/04 12:51</u> Día Mes Año Hora	17. SEXO <input checked="" type="checkbox"/> 1 Hombre <input type="checkbox"/> 2 Mujer <input type="checkbox"/> 9 Se ignora
18. TALLA <u>49</u> Centímetros	18.1 EDAD GESTACIONAL <u>37</u> Semanas
19. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 21.1 BCG <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 22.2 Hepatitis B <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 22.3 (A) <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 22.4 (R) <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	20. PESO AL NACER <u>2800</u> Gramos 21.3 ANCIAS (a los pocos minutos) <u>0.8</u>
23. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO _____	24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO Orucos <input checked="" type="checkbox"/> 1 Gemelar <input type="checkbox"/> 2 Tras o más <input type="checkbox"/> 3 CLAVE CIE-10 _____
25. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO Parto normal <input checked="" type="checkbox"/> 1 Cesárea <input type="checkbox"/> 2 Fórceps <input type="checkbox"/> 3 Otro <input type="checkbox"/> 9 Especifique _____	26. SÍMBOLO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input checked="" type="checkbox"/> 1 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> 2 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8 Unidad médica privada <input type="checkbox"/> 10 27.1 Nombre de la unidad médica _____ 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____
27. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="checkbox"/> 1 Enfermera <input type="checkbox"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 3 Partera <input type="checkbox"/> 4 Otro <input type="checkbox"/> 9 Especifique _____	28. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <u>Chichima Ampetón Comitán de Domínguez</u> 28.1 Calle y número 28.2 Colonia 28.3 Localidad 28.4 Municipio o delegación 28.5 Entidad federativa
29. NOMBRE <u>Tarsis Andrea Guillen Narváez</u> Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno	30. CERTIFICADO POR <input checked="" type="checkbox"/> 1 Médico gineco-obstetra <input type="checkbox"/> 2 Otro médico <input type="checkbox"/> 3 Enfermera <input type="checkbox"/> 4 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 5 Partera <input type="checkbox"/> 6 Autoridad civil <input type="checkbox"/> 9 Especifique _____
31. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de cédula profesional <u>053028910</u>	32. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA? 32.1 Nombre de la unidad médica _____ 32.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____
33. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>Car. Guadalupe Maguayes Comitán de Domínguez</u> 33.1 Calle y número 33.2 Colonia 33.3 Localidad 33.4 Municipio o delegación 33.5 Entidad federativa 33.6 Teléfono <u>963 146 966</u>	34. FIRMA <u>Quijulas</u>
35. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>29/09/2010</u> Día Mes Año	



ENTREGAR A LA MADRE PARA QUE SOLICITE EL ACTA DE NACIMIENTO EN LA OFICIALIA DEL REGISTRO CIVIL



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

Muestra sin
Validar

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 EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Juan</u> Primer Apellido <u>López</u> Segundo Apellido <u>Valderrama</u>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>Chiapas, México</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>12</u> Mes <u>5</u> Año <u>1972</u>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
6. CURP <u>LOPEZJUAN</u>		8. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SÍ <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos _____ Para menores de un día: Horas _____ Para menores de un mes: Días _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos <u>48</u> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL 10.1 Tipo de vivienda: Calle <u>Chiapas</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Maricón N. Ruiz</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>S/N</u> 10.4 Núm. Interior: <u>S/N</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Comitán</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Chiapas</u> 10.7 Código Postal: <u>31010</u> 10.8 Localidad: <u>Comitán</u> 10.9 Municipio o delegación: <u>Comitán</u> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): <u>Chiapas</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input checked="" type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajo: <u>OTRO</u> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12.2 Ocupación: <u>OTRO</u> 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"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica: <u>Eucalipto Yalchivo</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Barrio</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Comitán</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>31010</u> 15.4 Núm. Interior: <u>Comitán</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Comitán</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Chiapas</u> 15.7 Código Postal: <u>31010</u> 15.8 Localidad: <u>Comitán</u> 15.9 Municipio o delegación: <u>Comitán</u> 15.10 Entidad federativa: <u>Chiapas</u>		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SÍ <input checked="" type="radio"/> NO <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>12</u> Mes <u>30</u> Año <u>2017</u> Horas <u>14</u> Minutos <u>30</u>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SÍ <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evitar señalar modos de morir -ejemplar: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente: a) <u>Evento vascular cerebral hemorrágico</u> Debido a (o como consecuencia de): b) <u>Crisis hipertensiva</u> Debido a (o como consecuencia de): c) <u>Hipertensión Arterial sistólica descontrolada</u> Debido a (o como consecuencia de): d) <u>Preobesidad</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con el estado patológico que la produjo:		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: _____ 21.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones de un embarazo, parto o puerperio? SÍ <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	
21. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 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"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/>		22.4 Anotar la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a): <u>Desconocido</u>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input 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"/>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____	
22.7 Anotar el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: _____ 22.7.2 Nombre de la vivienda: _____ 22.7.3 Núm. Exterior: _____ 22.7.4 Núm. Interior: _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 22.7.7 Código Postal: _____ 22.7.8 Localidad: _____ 22.7.9 Municipio o delegación: _____ 22.7.10 Entidad federativa: _____		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) <u>Desconocido</u>	
23. NOMBRE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: _____	
25. CERTIFICADA POR: Médico y alante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>		28. FIRMA <u>Nay Valdez Valderrama</u>	
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Jairis Guillen</u> Primer Apellido <u>Guillen</u> Segundo Apellido <u>Valderrama</u>		29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Maricón N. Ruiz</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>31010</u> 29.4 Núm. Interior: <u>Comitán</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Comitán</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Chiapas</u> 29.7 Código Postal: <u>31010</u> 29.8 Localidad: <u>Comitán</u> 29.9 Municipio o delegación: <u>Comitán</u> 29.10 Entidad federativa: <u>Chiapas</u> 29.11 Teléfono: <u>9615151515</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>Comitán</u> 32.2 Municipio o delegación: <u>Comitán</u> 32.3 Entidad federativa: <u>Chiapas</u> 32.4 Día: <u>12</u> Mes: <u>30</u> Año: <u>2017</u>	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD