



Universidad del Sureste Escuela de Medicina

"Acta de nacimiento y de defunción"

Materia: Medicina forense.

Docente: Carlos Iván Altuzar Martinez

Alumno: Oscar Miguel Sánchez Argüello

Semestre: 5° "A"



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

Description		1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) ROlando		Reyes	W 5-41.1.1	irez				
Colors		2. FECHA DE NACIMIENTO 0 3 0 8 1 9 8 1		4. ENTIDA	D DE NACIMIENTO Mexica	no	ĹıĴ			
A FANCE				6. ¿HA	BLABA ALGUNA 7. NACIO	NALIDAD 1	Se ignora Og			
March Marc	11	Ignora ♥99 St NoO2 Se Otra O2 → Especifique								
23 23 25 10 10 10 10 10 10 10 1	DEL FALLECIDO	CUMPLIDA de un año de un día de un año de un a								
1 1 2 9 9 10 7 9 10 7 9 10 7 9 9 10 7 9 9 10 7 9 9 10 7 9 9 10 7 9 9 9 10 7 9 9 9 10 9 9 9 9 9 9 9 9 9		10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) avenida Poniente 10.1 Tipo de vialidad 10.2 Nombre de la vialidad								
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior	10.6 Nombre del ase							
Note		10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad f					a en el extranjero)			
A STANCOOR A STANCO DORES SUCCEDIO LA DEFUNCIÓN SERVAN Company		Ninguna O ₁ Preescolar O ₁₂ Primaria O ₃ Secundaria S ₅ seleccionada es: Se gnora O ₉ Bachillerato o O ₇ Profesional O ₉ Postrado O ₄₀ Se ignora O ₉ Completa S ₆ , Incompleta O ₉ 13.1 Trebaighs S ₆ O ₉ NeO Se ignora O ₉								
STRO DONCE SUCTION LA DETUNCTION SELVAN Communication Secretarist (%) MSSC) SELVAN Communication Secretarist (%) MSSC) SELVAN Communication Secretarist (%) SELVAN Communication Secretarist (%) SELVAN Communication Secretarist (%) SELVAN Communication Secretarist (%) Secreta		A SERVICIOS								
15. NOMICELE DIO NOR SUCCESSO LA DEFUNCIÓN 2.0 entido 15. Tipo de utilizado 15. Tipo de utilizado 15. Tipo de utilizado 15. Nomes de discretamiento humano 15. Nomes de discretamiento		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de 1 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad 14.1 Nombre de la unidad médica Junidad 14.1 Nombre de la unidad médica					Otro Otro			
Secretary 15.5 Numbers of secretarises from the secretarises 15.5 Numbers of secretarises from the secretarises 15.5 Numbers of secretarises 15.5		19.2 Glayo Offica de Establicumientos de Galad (OE)					off ignora O99			
1			Colonia		Centro	15.2 Nombre de la vialidad Centro				
The First AT STRAND FE LA DEFENDACION 1		2 9 9 3 0 Ya	jalón	Chiapas	México					
PARTE Service al alcolo de la processo per la processo de la processo per la		2 4 0 9 2 0 2 Día Mes Año	0 1 6 3 Horas Minut	O ENFERMEDAD O LE SÍO1	SIÓN ANTES DE LA MUERTE? No 2 Se Ignora 9	SiO ₁	Ó NECROPSIA?			
Usuassa astocodomica la cultura patologica de femure Eustoso montonos, al production de cultura patologica de femure consciousna de) Diesida a (so como consecuenca de) Diesida de como consecuenca de) Diesida a (so como consecuenca de) Diesida de como consecuenca de) Diesida a (so como consecuenca de) Diesida a (so como consecuenca de) Diesida de como consecuenca de) Diesida de como consecuenca de) Diesida de consecuenca de) Diesida de como consecuenca de) Diesida de como consecuenca		PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la repueste directamente		senaiar modos de morir - ejempio	o: paro cardiaco, astenia, etc.)	entre el inicio de la enfermedad y la muerte	15			
Debido a (o como consecuencia de) consistratura unitaria constituida unitaria mentro introce est assistratura consecuencia de) di Cáncer secundador per de pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) di Cáncer del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) di Cáncer del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) di Cáncer del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) di Cáncer del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) di Cáncer del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) di Cáncer del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) di Cáncer del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) di Cáncer del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) di Cáncer del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) di Cáncer del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) di Cáncer del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) di Cáncer del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) di Cáncer del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) di Cáncer del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) di Cáncer del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) di Cáncer del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) di Cáncer del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) di Cáncer del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) di Cáncer del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) di Cáncer del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) di Cáncer del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) di Cáncer del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) de del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) de la mama del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) de la mama del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) de la mama del pezón de la mama Devido a (o como consecuencia de) de la mama del pezón d		Debido a (o o				2 días	M84.4			
Consignated aribles controlled to the period of the mama Consignated aribles arible controlled to the period of the mama Consignated aribles arib		Estados morbosos, si Debido a (o como consecuencia de) existera alguno, que					670 F			
AFTE 8 Ordinary Control Cont		consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa hásica					7			
Significativos dia socilitaryeron a sun constituyeron a sun constituine su	ı	PARTE II								
El publico del proposition del presunto accidente, homicidio o suicidio del presunto accidente, homicidio o del		significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado Obocidad Mórbida					E66.8			
4 3 dials a 11 meses departo a abroti. O de littimos filmeses previos a la muerte 6 si 0 1 No 2 si 0 1 No 2 2 Si 0 1 No 2 2 C 5 0 0 0 dialsos filmeses previos a la muerte 6 si 0 1 No 2 si 0 1 No 2 2 Si 0 1 No 2 2 Si 0 donde ocurrió la lesión de l	4	21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: fueron complicacione								
22.1 Fue un presunto Accidente 1 Homicidio 2 Stuicido 3 Beignora 9 Stuicido 4 Beignora 6 Seignora 9				Brown and the state of the stat	SiO1 №O2	2000 70 000	ro year pr			
22.7.3 Núm. Excenor 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa 23. NOMBRE Erick Daniel Reyes López 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo	ALES	22.1 Fue un presunto Accidente 1 Homicidio 2 Si O. No	presunto agreso							
22.7.3 Núm. Excenor 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa 23. NOMBRE Erick Daniel Reyes López 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo	NTAS	22.5 La defunción fue registrada en el 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio								
22.7.3 Núm. Excenor 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa 23. NOMBRE Erick Daniel Reyes López 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo	S AC	Presento signos y síntomas de embolia pulmonar, fue traído a la unidad medica de urgencia								
22.7.3 Núm. Excenor 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano 22.7.8 Localidad 22.7.9 Municipio o delegación 22.7.10 Entidad federativa 23. NOMBRE Erick Daniel Reyes López 24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Hijo	VERTI	del presunto accidente, homicidio o suicidio		dad		e la vialidad				
22.7.7 Código Postal 22.7.8 Localidad 22.7.9 Município o delegación 22.7.10 Entidad federativa 22.7.9 Município o delegación 22.7.9 Mexico 22.7.9 Município o delegación 22.7.9 Município o delegación 22.7.9 Entidad federativa 22.7.9 Município o delegación 22.7.9 Entidad federativa 22.7.9 Município o delegación 22.7.9 Entidad federativa 22.7.9 Município o delegación 22.7.9 Município o delegación 22.7.9 Entidad federativa 22.7.9 Município o delegación 22.7.9 Entidad federativa 22.7.9 Município o delegación 22.7.9 Entidad federativa 22.7.9 Entidad federa	2	22.7.3 Núm. Exterior 22.7.4 Núm. Interior 22.7.5 Tipo de asentamiento humano 22.7.6 Nombre del asentamiento humano								
Erick Daniel Reyes López Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 25. CERTIFICADA POR Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico 3 Decretaria de Dalud 27. NOMBRE OSCAR Miguel Sánchez Argüello Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 28. FIRMA 27. NOMBRE OSCAR Miguel Sánchez Argüello Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 29. DOMICILIO y TELÉFONO Calle 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 29.6 Nombre del asentamiento humano Chiapas 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa 29.1 Tipo Núm. 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 459 , Libro Núm. 93 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO Vajalón Chiapas México Chiapas México 12. 4 0 9 2 0 2 0 Día Mes Año Chiapas México Chiapas		22.7.7 Código Postal	-		pio o delegación	22.7.10 Entidad fe	CONTRACTOR CO.			
Médico legista 2 Otro médico* 3 1 2 3 4 5 6 7 8 Persona autorizada por la Qui Autoridad civil* 6 Otro* 9 * Fsperifique Nombre de la cédula profesional 27. NOMBRE Oscar Miguel Sánchez Argüello Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 29. DOMICILIO y TELÉFONO Calle Central 29.1 Tipo de vialidad 29.2 Nombre de la vialidad 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior bumano Colonia 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Núm. Exterior 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 93 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. 93 Autoridad civil* 6 Otro* 9 * Fsperifique Número de la cédula professional 28. FIRMA 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.4 Núm. Interior bumano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.8 Localidad 29.8 Localidad 29.8 Localidad 29.9 Núm. Exterior 29.1 Teléfono OFICIALÍA O JUZGADO 93 31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 10.1 Teléfono Chiapas México 29.11 Teléfono OFICIALÍA O JUZGADO 10.1 Teléfono Chiapas México 29.10 2 10.0 10.0 10.0 10.0 10.0 10.0 10.0	NE.	Erick Daniel	The first Court Court	A DOMESTIC	lo H	ijo	LCIDO(A)			
Colonia 2 9 3 0 Yajalón Tumano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Numicipio o delegación 29.9 Numicipio o delegación 29.10 Entidad federativa 29.11 Teléfono	BRTIFICANTE	Médico tratante 1 Médico legista 2 Otro médico 3								
Colonia 2 9 3 0 Yajalón Tumano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 2 4 0 9 2 0 2 0 0 0 0 0 0 0		Secretaria de Salud		ein						
Colonia 2 9 3 0 Yajalón Tumano 29.6 Nombre del asentamiento humano 29.7 Código Postal 29.8 Localidad 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 2 4 0 9 2 0 2 0 0 0 0 0 0 0		29. DOMICILIO y TELÉFONO Calle Central 22 22 Colonia								
Chiapas México 9 6 7 1 6 6 3 3 8 2 2 4 0 9 2 0 2 0 2 0 2 0 2 0 2 0 2 0 2 0 2 0	DEL	Colonia								
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 459 Núm. 93 Chiapas México 12 4 0 9 2 0 2 10		Chiapas México [9 6 7 1 6 6 3 3 8 2] 2 4 0 9 2 0 2 0								
Núm. 459 , Libro Núm. 93	ZEG.	31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO	32. LUGAR Y FECHA DE R	EGISTRO	29.11 Teléfono	Día Mes	Año			
1 31 PACIA NUIII. 3434 1 377 MURICIONI O DELEGACION 377 FORMAN AND AND AND AND AND AND AND AND AND A	OELF	Núm. 459 , Libro Núm. 9 3 31.1 Acta Núm. 3494	Chia	pas	México 32.3 Entidad federativa	2 4 0 32.4 Día Mes				



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2010 FOLIO

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

	1. NOMBRE Brenda S		Gutierrez	Herrera			
	Nombre (s) 1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) B S S G 0		Apellido paterno Apellido materno 0 0 4 0 9 H C S N R S R 6 Se ignora O 99				
2	2. LUGAR DE NACIMIENTO						
	Yajalón, Chia	·	<u> </u>	México 2,2 Entidad federativa o país (si es extranjera)			
	3, FECHA DE NACIMIENTO 2 4 0 9 2	0 2 0 4 ESTADO CONY					
	Día Mes 5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO	Año En unión libre	Separada () ₁₆ Divorcia	da O ₁₃ Viuda O ₁₄ Soltera O ₁₂ Casada O ₁₁ Se ignora O ₉₉			
, m	Calle sur No. 22	Centro 5,2 Colonia		Yajalón			
A P	Chiapas		México Entidad federativa o país (si res	9191422266			
LA MADRE	5.4 Municipio o delegación 6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual)	0 1 Se ignora ◯ ge		side en el extranjero) 5,6 Teléfono AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) 0 0 Se ignora 0 0			
	8, NÚMERO DE HIJOS (AS) 8,1 Nacidos (as) vivos (as) 0 1 Se ignora 99	0 51 (1 0) 1510 (0)	(a) O1→9.1 Vive aún Sí O1 19.2 Fecha de nacimiento del hijo (a)			
DATOS DE	(incluye el actual) 8,2 Sobrevivientes	0 1 1 Se ignora 0 99	Muerto No ha tenido otros hijos ((a) O ₂ No O ₂			
Δ	10, ORDEN DEL NACIMIENTO	11. ATENCIÓN PRENATAL		ue recibió la primera consulta Día Mes Año 11.3 Total de consultas recibidas			
	(considere vivos, muertos, múltiples) L0 1 1 Se ignora O99	11.1 ¿Recibió atención? Sí No 2 Se ignora	Og Primero O1 Segund	do O 2 Tercero O 3 Se ignora O 9			
	12. ¿VIVE LA MADRE? SÍ 1 No 02	12.1 En caso negativo, escri	ba el número de folio del Certi	ficado de Defunción			
	13. AFILIACIÓN Ninguna 1 ISSSTE 3 SEDENA 5 Seguro Popular 7 Otra 8 13.1 Número de seguridad social o afiliación						
	DE SALUD IMSS Q ₂ PEMEX Q ₄ SEMAR Q ₆ IMSS Oportunidades Q ₁₀ Se ignora Q ₉₉						
	14. ESCOLARIDAD Ninguna 1 Primaria incor Primaria cor	. 02	npleta 0 4 Bachillerato o npleta 0 5 Bachillerato	preparatoria incompleta 6 6 Profesional 8 Se ignora 99 Posgrado 10			
	15, OCUPACIÓN HABITUAL Enferm	era	Se ignora Og	15.1 Trabaja actualmente Sí No O2 Se ignora O			
\geq	16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 2 4 0	9 2 0 2 0 2 2	0 1 1 17. SEXO	18. EDAD GESTACIONAL			
	Dia M	es Año Hora CER	Minutos	Sernanas			
	Centímetros	3, 2, 0, 0 Gramos		0,9			
ENT	22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 22.1 BCG SI 22.2 Hepatitis B SI 22.3	Vitaminas Vitaminas 1 22.4 (K) Si	23. TAMIZ NEONATAL 23.1 Metabólico	23.2 Auditivo Si 1 Único Gemelar a Tres o más			
W	$N_0 \bigcirc_2$ $N_0 \bigcirc_2$ $N_0 \bigcirc_2$ $N_0 \bigcirc_2$ $N_0 \bigcirc_2$ $N_0 \bigcirc_2$						
22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS VITAMINAS 22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 23. TAMIZ NEONATAL 24. PRODUCTO DE VACUNA 25. ANOMALIA SE CARRELLO DE VACUNA 26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMI							
DEL							
\ 0 \	26. PROCEDÍMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO						
S	27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud O 1 ISSSTE O 4 SEDENA O 6 Oportunidades O 2 Unidad médica IMSS O 3 PEMEX O 5 SEMAR O 7 Unidad médica Otro Médico Oros Privada O 10 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Persona autorizada por la Secretaría de Salud O 3 Partera O 4 Otro 0 8 Especifique 29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO						
N N							
S DE							
ATO	Médico Enfermera 2 autorizada por la Secretaria de Salud 3 Partera 4 Otro 8 Especifique						
	Juana Hernandez S/N	Hangares		Yajalón			
	29.1 Calle y número Chiapas	29.2 Colonia		29.3 Localidad México			
\searrow	29.4 Municipio o delega			29.5 Entidad federativa			
		Miguel bre (s)	Sánchez Apellido paterno	Argüello Apellido materno			
 	31. CERTIFICADO POR Médico	nédico Enfermera O	Persona	Autoridani			
CERTIFICANTE	32, SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	2 3	autorizada por la Pa Secretaría de Salud 4 Pa RRIÓ FUERA DE UNA UNIDA	AD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?			
본	1 2 3 4 5 6 7 8						
	34. DOMICILIO Y TELÉFONO Sur No. 22	Centro	a and and	Yajalón			
DEL	34.1 Calle y número	34.2 Colonia		34.3 Localidad			
DATOS	Chiapas 34,4 Municipio o delegación		México 34.5 Entidad federa	967 166 33 82 tiva 34,6 Teléfono			
DA.	35. FIRMA Angel		36. FECHA D	E CERTIFICACIÓN 2 4 0 9 2 0 2 0			
		projév vyolno		Día Mes Año			
	HUELLA DEL PIE DERECHO DEL	RECIEN NACIDO		LLA DEL DEDO PULGAR RECHO DE LA MADRE			
() —	SELLO OFICIAL DE LA FIRMA DE LA MADRE INSTITUCIÓN QUE CERTIFIC			