

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
ESCUELA DE MEDICINA**

“HISTORIA CLINICA y CERTIFICADOS”

**MATERIA:
MEDICINA INTERNA**

**DOCENTE:
DR. URIEL ALEJANDRO GUILLÉN**

**ALUMNOS
ALAN DE JESÚS MORALES DOMINGUEZ**

5° “A”

24/09/2020



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

Fecha: 24/09/2020
Nombre: Raul Rolando Torres Narvez No. Afiliación: FD20
Fecha de nacimiento: 21 de Septiembre del 2020 Edad: RN Género: M F
Informante (parentesco): Padre Edad: 37 años Escolaridad: Preparatoria
Religión: Catolica Discapacidad Si No Idioma Español Otro Lengua: N/a

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.

Se presenta paciente Recien nacido del sexo masculino con dificultad respiratoria leve, secundario a SAM Síndrome de Aspiracion de Meconio. Presenta tiraje costal, retracción esternal, aleteo nasal y ligera cianosis peribucal.

Al momento de nace refieren presencia de meconio en la bolsa amniótica y se retira meconio de nariz y boca por aspiración, presenta apgar de 5 a los primeros 5 minutos y de 4 a los primeros 10 minutos, le aplican oxígeno suplementario.

APARATOS Y SISTEMAS

Neurológico: Estado neurológico disminuido
Respiratorio: Dificultad respiratoria, tiraje intercostal, retracción esternal, aleteo nasal
Digestivo: Sin alteraciones
Cardiovascular: Bradicardia
Genitourinario-Renal: Sin alteraciones pertinentes para el Diagnositco
Musculo-esquelético: Disminuido en motilidad y fuerza
Piel y anexos: Integros

Diagnósticos previos: Síndrome de Aspiracion de meconio

Exámenes de laboratorio y gabinetes previos: BH, QS, Electrolitos séricos.

Terapéutica previa: Oxígeno suplementario

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre vive: si no Edad: 31 años Escolaridad: Primaria

Ocupación: Vendedora Gesta: 2 Parto: 1 Abortos: 0 Cesáreas: 1

Toxicomanías: si no Especifique: _____

Padre vive: si no Edad: 37 años Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Albañil Toxicomanías: si no Especifique: Alcoholismo activo

Hermanos: número 1 Vivos: 1 Edades: 4

Muertos: ninguno Causa (s): _____

Padecimientos heredofamiliares: Negativos: Positivos:
(marque con una X los positivos)

Diabéticos: _____ Cardiopatas: _____ Nefrópatas: _____

Hipertensión _____ Hematológicos: _____ Oncológicos: _____

Neurológicos: _____ Malf. Congénitas: _____ Alérgicos: _____

Especificar: _____

Contacto con enfermedades infecciosas: si no Especifique: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Perinatales

Embarazo No.: 02 Curso normal: si no Causa: _____

Gestación: 36 Semanas. Sitio de atención del parto: HRP San Felipe Ecatepec

Parto eutócico: si no Causa: Síndrome de aspiración de meconio

Peso: 1700 Kg. Talla: 36 cm. Rup. Pret. membran. si no horas: 6 horas

Anestesia: si no Cual: Bloqueo

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

Cianosis: Otros: _____

Información adicional: Apgar de 5 y de 4 a los 5 y 10 minutos Especifique

PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Alimentación:

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

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

Leche: Huevo: Frutas: Cereales:
Verduras: Leguminosas

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

BCG al nacer () **Sabin** al nacer () 2 m () 4 m () 6 m Dosis adicionales campañas ()

Hepatitis B al nacer () 2 meses () 6 meses () Refuerzos ()

Pentavalente acelular: DPaT+VPI+Hib: 2 m () 4 m () 6 m () Refuerzo 18 m ()

Rotavirus 2 m () 4 m () **Antineumocóccica conjugada** 2 m () 4 m () Refuerzo 12 m ()

Pentavalente esquema previo DPT+HB+Hib; 2 m () 4 m () 6 m () Refuerzo 18 m ()

Influenza: 6 m () 7 m () anual () Fecha última aplicación: _____

DPT REFUERZO: 4 a () 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: Pubarca: Adrenarca:

Edad de espermaquia:

Ciclos Menstruales: Frecuencia: Duración: Cantidad:
(num. toallas promedio/ día)

Dismenorrea: Uso de anticonceptivos: Si ¿Cuál? No NA

Habitación:

Eliminación de excretas: Fecalismo: Letrina: Tipo inglés:

Agua intradomiciliaria: Baño familiar: Comunal:

Convivencia con animales: Cual (es):

Piso de la casa: Tierra: Cemento: Recubrimiento:

Número de cuartos en la casa (excluir cocina y baño): Número de personas que duermen en la casa (incluir a todos los niños)

Refrigerador: Teléfono: Automóvil:

Exposición a sustancias tóxicas: Cuales:

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

Exposición prematura a MO, síndrome de aspiración de meconio, dificultad respiratoria al momento de nacer

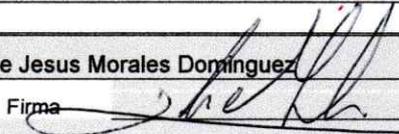
EXPLORACION FISICA

Peso: 1600 Kg. Talla: 36 cm. P. cef: 32 cm. P. Brazo cm.
P. pierna: cm. Seg. sup: 30 cm. Seg. inf.: cm.
F.C.: 100 x' F.R.: 34 x' Temp: 37 °C. T.A.: 90/60

Aspecto General

Piel y faneras: Integras
Cabeza: Integra
Ojos: Integros
Oídos: Integro
Boca y faringe: Integro
Cuello: Integro
Tórax: Alterado
 a) Ap. Resp.: Hipotonico
 b) Ap. Card.: Bradycardia
Tanner mamario: Acorde a edad y sexo
Abdomen: Blando y depresible
Extremidades: Integras, hipotonicas
Genitales: Acordes a edad y sexo
Tanner genital: Acordes a edad y sexo
Ano y recto: Integro
Tanner púbico: Acorde a edad y sexo
Vas. Periférico: Disminuido
Neurológico: Disminuido
Col. Vertebral: Integra

Nombre del médico que realizó la historia: Alan de Jesus Morales Dominguez

Firma 

Nombre y firma del médico que revisó la historia:

VII. Formato del Certificado de Nacimiento Frente



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 <u>Paul Rolando Torres Marvez</u> Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>T101N142101092114C151RM1C151</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
2. LUGAR DE NACIMIENTO <u>Comitan de Domínguez Chiapas</u> 2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera)	
3. FECHA DE NACIMIENTO <u>12/11/09 20:20</u> 4. ESTADO CONYUGAL Día Mes Año En unión libre <input type="radio"/> 15 Separada <input type="radio"/> 16 Divorciada <input type="radio"/> 13 Viuda <input type="radio"/> 14 Soltera <input type="radio"/> 12 Casada <input checked="" type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 99	
5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO <u>31 2 de Héroes Comitan</u> 5.1 Calle y número 5.2 Colonia 5.3 Localidad <u>Comitan Chiapas 963-000-0101</u> 5.4 Municipio o delegación 5.5 Entidad federativa o país (si resido en el extranjero) 5.6 Teléfono	
6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) <u>00</u> Se ignora <input type="radio"/> 99	
8. NÚMERO DE HIJOS (AS) 8.1 Nacidos (as) vivos (as) (incluye el actual) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 8.2 Sobrevivientes <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 9. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIDO Vivo (a) <input checked="" type="radio"/> 1 → 9.1 Vive aún <input checked="" type="radio"/> 1 9.2 Fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior Muerto (a) <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 2 11.3 Total de consultas recibidas <u>13022017</u> Día Mes Año	
10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) <u>02</u> Se ignora <input type="radio"/> 99 11. ATENCIÓN PRENATAL 11.1 ¿Recibió atención? Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta Primero <input type="radio"/> 1 Segundo <input type="radio"/> 2 Tercero <input type="radio"/> 3 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99 11.3 Total de consultas recibidas Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99	
12. ¿VIVE LA MADRE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 13.1 Número de seguridad social o afiliación INSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99	
14. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 5 Profesional <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 7 Posgrado <input type="radio"/> 10	
15. OCUPACIÓN HABITUAL Se ignora <input type="radio"/> 99 15.1 Trabaja actualmente Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	
DATOS DEL NACIDO VIVO Y DEL NACIMIENTO	
16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO <u>12/11/09 20:20 11:42:11</u> 17. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 18. EDAD GESTACIONAL <u>31.6</u> Semanas Día Mes Año Hora Minutos	
19. TALLA <u>40</u> Centímetros 20. PESO AL NACER <u>1,800</u> Gramos 21.1 APGAR (a los cinco minutos) <u>06</u> 21.2 SILVERMAN (a los cinco minutos) <u>07</u>	
22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS Vitaminas 23. TAMIZ NEONATAL 24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO 22.1 BCG Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 22.2 Hepatitis B Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 22.3 (A) Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 22.4 (K) Sí <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 23.1 Metabólico Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 23.2 Auditivo Sí <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 24. Único <input checked="" type="radio"/> 1 Gemelar <input type="radio"/> 2 Tricé o más <input type="radio"/> 3	
25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO CLAVE CIE-10 a) <u>Síndrome de Asperger de Meconio</u> b)	
26. PROCEDIMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO Parto normal <input type="radio"/> 1 Cesárea <input checked="" type="radio"/> 2 Fórceps <input type="radio"/> 3 Otro <input type="radio"/> 8 Especifique	
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 HEP san Felipe Escatepec <input type="radio"/> 11 Vía pública <input type="radio"/> 11 IMSS <input checked="" type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 10 27.1 Nombre de la unidad médica <u>CLIP, D, E, I, O, Z, Z, S, I, I</u> Hogar <input type="radio"/> 12 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <input checked="" type="radio"/> 1 Enfermera <input type="radio"/> 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 3 Partera <input type="radio"/> 4 Otro <input type="radio"/> 8 Especifique	
29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <u>Calletera Intercomunal Aguila Comitan</u> 29.1 Calle y número 29.2 Colonia 29.3 Localidad <u>Comitan Chiapas</u> 29.4 Municipio o delegación 29.5 Entidad federativa	
DATOS DEL CERTIFICANTE	
30. NOMBRE <u>Aran de Jesus Morales Domínguez</u> Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno	
31. CERTIFICADO POR Médico Médico pediatra <input type="radio"/> 1 gineco-obstetra <input checked="" type="radio"/> 7 Otro médico <input type="radio"/> 2 Enfermera <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Partera <input type="radio"/> 5 Autoridad civil <input type="radio"/> 6 Especifique	
32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>019923</u> 33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA? Número de cédula profesional 33.1 Nombre de la unidad médica 33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
34. DOMICILIO Y TELÉFONO <u>17 calle sexta 35 Belisario Comitan</u> 34.1 Calle y número 34.2 Colonia 34.3 Localidad <u>Comitan Chiapas 963-1660372</u> 34.4 Municipio o delegación 34.5 Entidad federativa 34.6 Teléfono	
35. FIRMA <u>[Firma]</u> 36. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>12/11/09 20:20</u> Día Mes Año	





SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO

ANTES DE LLENAR LÉA 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 EN POSICIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Paul Rolando Torres Narvaez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
2. FECHA DE NACIMIENTO 21 09 2020 Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Chiapas Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP TDNR200921HCSRMLOS Se ignora <input type="radio"/>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input 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 Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vialidad: Calle Interamericana 10.2 Nombre de la vialidad: Comitan 10.3 Núm. Exterior: 301040 10.4 Núm. Interior: Comitan 10.5 Tipo de asentamiento humano: Comitan 10.6 Nombre del asentamiento humano: Chiapas 10.7 Código Postal: 301040 10.8 Localidad: Comitan 10.9 Municipio o delegación: Comitan 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): Chiapas	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: 8.2 Semanas de gestación: 36 Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación: FD20	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica: HEP San Felipe Escatepec 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 0121021621211 14.3 Vialidad: Carretera Interamericana 14.4 Tipo de vialidad: Comitan 14.5 Nombre de la vialidad: Comitan 14.6 Núm. Exterior: 301040 14.7 Núm. Interior: Comitan 14.8 Tipo de asentamiento humano: Comitan 14.9 Nombre del asentamiento humano: Chiapas 14.10 Código Postal: 301040 14.11 Localidad: Comitan 14.12 Municipio o delegación: Comitan 14.13 Entidad federativa: Chiapas	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vialidad: Carretera Interamericana 15.2 Nombre de la vialidad: Comitan 15.3 Núm. Exterior: 301040 15.4 Núm. Interior: Comitan 15.5 Tipo de asentamiento humano: Comitan 15.6 Nombre del asentamiento humano: Chiapas 15.7 Código Postal: 301040 15.8 Localidad: Comitan 15.9 Municipio o delegación: Comitan 15.10 Entidad federativa: Chiapas	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 21 09 2020 12 11 14 Día Mes Año Horas Minutos	
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"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Hipoxia letal Debido a (o como consecuencia de) b) Insuficiencia Respiratoria Grave Debido a (o como consecuencia de) c) Dificultad Respiratoria Aguda Debido a (o como consecuencia de) d) Síndrome de Aspiración de Mucosa PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: 2 Código CIE: 2 Causas antecedentes: Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa consignada arriba mencionándose en último lugar la causa básica Código CIE: 2 Código CIE: 2 Código CIE: 2	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 2	
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"/> 20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: 2	
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 type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): 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"/> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 35 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: Carretera Int	
22.7 Añote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vialidad: Carretera Int 22.7.2 Nombre de la vialidad: Comitan 22.7.3 Núm. Exterior: 301040 22.7.4 Núm. Interior: Comitan 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: Comitan 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: Chiapas 22.7.7 Código Postal: 301040 22.7.8 Localidad: Comitan 22.7.9 Municipio o delegación: Comitan 22.7.10 Entidad federativa: Chiapas	
23. NOMBRE DEL INF. Roberto Torres Perez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Padre	
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: 230199	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: 230199	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Alan Morales Dominguez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA <i>[Firma]</i>	
29. DOMICILIO Y TELEFONO 29.1 Tipo de vialidad: Carretera Int 29.2 Nombre de la vialidad: Comitan 29.3 Núm. Exterior: 301040 29.4 Núm. Interior: Comitan 29.5 Tipo de asentamiento humano: Chiapas 29.6 Nombre del asentamiento humano: Chiapas 29.7 Código Postal: 301040 29.8 Localidad: Comitan 29.9 Municipio o delegación: Comitan 29.10 Entidad federativa: Chiapas	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 21-09-2020	