

PRACTICA DE DOCUMENTOS MEDICO-LEGALES
Medicina Humana
Dr. Leonardo Daniel Nanduca

PRESENTA:

Andrés Alonso Cancino García

GRUPO, SEMESTRE y MODALIDAD:

5to Semestre Y Grupo B, Medicina Forense

Comitán de Domínguez, Chiapas
Fecha: 22/09/2020



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

Nombre: Gerardo Emanuel Garcia Gutiérrez Fecha: 22/09/2020
No. Afiliación: 012
Fecha de nacimiento: 22 de abril de 1978 Edad: 42 Género: M F
Informante (parentesco): Padre Edad: 63 años Escolaridad: Profesional
Religión: Católica Discapacidad Si No Idioma Español Otro Lengua: ninguna

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.

Paciente refiere disnea matinal de 2 a 3 meses, en especial en los primeros 5 minutos después de levantarse, disminuye con el reposo, refiere alivio después de los 3 minutos, posteriormente puede realizar actividades de manera normal, refiere poder jugar futbol en las tardes sin ninguna manifestación.

APARATOS Y SISTEMAS

Neurológico: Niega datos de cefalea, síncope, mareos, confusión, alteraciones del lenguaje, motricidad, crisis tónico-clónicas, sin marcha alterada, alt. equilibrio, trastorno de la memoria y estado de conciencia normal,

Respiratorio: Presenta disnea matinal, niega tos, hemoptisis, expectoraciones, sibilancias, cianosis y acrocianosis.

Digestivo: Niega sinsaborrea, sialorrea, xerostomía, halitosis, bruxismo, aerofagia, reflujo, pirosis, náuseas, vomito, hematemesis, rectorragia, dolor colicoviliar, etc.

Cardiovascular: Disnea que se alivia con el reposo y es matinal, niega palpitaciones, dolor precordial, síncope, lipotomias, edema, acroparestesias, claudicación, vértigo, etc.

Genitourinario-Renal Niega dolor renouretral, oliguria, coluria, hematuria, piuria, pujo o tenesmo, poliaquiuria, sin alteraciones en el chorro urinario

Musculo-esquelético: Niega mialgias, sin alteraciones en la fuerza muscular, en la movilidad, niega artralgias, edema, alteraciones en la irrigación periférica, etc.

Piel y anexos: Sin alteración en la coloración, pigmentación, niega prurito, sin alteración en el pelo o uñas, sin lesiones primarias o secundarias, sin hiperhidrosis y xerodermia.

Diagnósticos previos: Posible angina estable

Exámenes de laboratorio y gabinetes previos: Biometría hemática, química sanguínea, perfil de lípidos, proteína C reactiva, electrocardiograma, prueba de esfuerzo o prueba de estrés.

Terapéutica previa: Cambios terapéuticos en el estilo de vida, nitratos profilácticos de uso matutino antes de levantarse.

Alimentación:

Pecho materno: si no Duración: meses. Ablactación: meses
Destete: meses. Alimentación actual (no. de días por semana) Carne: días
Leche: días Huevo: días Frutas: días Cereales: días
Verduras: días Leguminosas días

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

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

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

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

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

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

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

DPT REFUERZO: 4 a (x) Sarampión, rubéola, parotiditis: 1 a (x) Refuerzo 6 a (x)

Vacunas adicionales (anote tipo de vacuna, dosis y edad de administración)

Niega vacunas adicionales

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 X ¿Cuál? No

Habitación:

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

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

Presenta intolerancia a la lactosa, niega enfermedades cornico degenerativa, infecciosas, enfermedades relacionadas a las toxicomanías, intervenciones quirúrgicas o transfusiones, eventos traumatológicos y niega hospitalizaciones.

EXPLORACION FISICA

Peso: 83 Kg. Talla: 173 cm. P. cef: ----- cm. P. Brazo 32 cm.
P. pierna: 54 cm. Seg. sup: 94 cm. Seg. inf.: 102 cm.
F.C.: 72 x' F.R.: 18 x' Temp: ----- °C. T.A.: 110/70 mmHg

Aspecto General

Piel y faneras: A la inspección, piel de color morena, hidratada, se notan líneas de acentuación facial.

Cabeza: Normocefálica, simétrica, sin lesiones en piel y cuero cabelludo, cabello opaco y abundante, con canicie y sin signos de alopecia. A la palpación de la cabeza, se confirma la inexistencia de lesiones, no se palpan nodulaciones ni hundimientos craneanos, cabello de buena implantación, puntos dolorosos

Ojos: A la inspección no se observan lesiones primarias o secundarias en piel de la región palpebral ni ptosis. No hay signos de triquiasis, distriquiasis, madarosis, pterigio, pingüecula, enoftalmos, exoftalmos, entropión, ectropión, xeroftalmia, epífora, no se palpan zonas dolorosas.

Oídos: A la inspección, pabellones auriculares sin alteraciones, ni signos de lesiones como forúnculos, laceraciones ni foliculitis. Por medio de otoscopia, conductos auditivos externos permeables, con visualización de la membrana timpánica, de color gris perla, presencia de triángulo luminoso, y sin signos de lesión, perforación y/o cicatrización. Prueba del bisbiseo y voz hablada positivas, en ambos oídos.

Boca y faringe: A la inspección externa se observan labios con signos de xerostomía y palidez, comisuras labiales sin desviaciones, ausencia de tialismo, queilitis, sialorrea. Internamente, encías no congestivas y lengua lisa en región dorsal. Ausencia de gingivorragia, lesiones en carrillos, aftas, glosodinia, macroglosia, microglosia y úvula normal

Cuello: se observa simetría, forma cilíndrica, sin lesiones primarias ni secundarias de la piel, ni abombamientos, hundimientos, nodulaciones. Se evidencia ingurgitación yugular.

Tórax: La inspección pasiva, tórax simétrico, sin abombamientos o depresiones, visualización de puntos de referencia como clavículas, costillas, esternón, ángulo de Lewis, mamezones.

a) Ap. Resp.: se observa respiración normal, con buena expansibilidad, buena elasticidad tanto en ápices, regiones medias como en bases pulmonares. Murmullo vesicular presente normal en ambos campos pulmonares, sin presencia de ruidos sobreagregados.

b) Ap. Card.: Ruidos cardíacos rítmicos, con R1 más audible en los focos de la punta y concordante con el pulso, y R2 más audible en los de la base, ambos rítmicos, de frecuencia e intensidad normal, sin presencia de soplos, chasquido de apertura, extrasístoles, ritmo de galope ni cuartos ruidos.

Tanner mamario: -----

Abdomen: Matidez en hipocondrio derecho y en fosa iliaca izquierda, timpanismo en las demás regiones del abdomen, prevalente en mesogastrio. A la palpación superficial, no hay signos de hipersensibilidad cutánea, ni de la pared en general. Norma temperatura y tonicidad disminuida de la pared abdominal. A la palpación profunda, abdomen blando, depresible, sin signos de visceromegalias, no doloroso.

Extremidades: no se evidencian tumoración, masas, nódulos, tofos ni alteraciones anatómicas de las articulaciones, no se observan ningún tipo de movimientos anormales, tales como temblores, convulsiones, mioclonias, balismo, corea, distonía, tics, atetosis, distonias, estereotipos, entre otros.

Genitales: Sin alteraciones en la piel, sin malformaciones, no se evidencian lesiones o secreción anormal.

Tanner genital: -----

Ano y recto: -----

Tanner púbico: -----

Vas. Periférico: -----

Neurológico: se encuentra en estado lucido sin presentar ilusiones, alucinaciones o delusiones, etc.

Col. Vertebral: -----

Nombre del médico que realizó la historia: Andres Alonso Cancino Garcia
Firma 
Nombre y firma del médico que revisó la historia: Andres Alonso Cancino Garcia



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE NACIMIENTO

FOLIO

000000000

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 PROXIMOS 90 DÍAS. ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

1. NOMBRE
 Nombre(s) Maria del Carmen Apellido paterno García Apellido materno Guzmán

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) GIAIGC69108111MICBRZQ114 Se ignora 99

2. LUGAR DE NACIMIENTO
 2.1 Municipio o delegación Tapachula 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjera) CHIAPAS 1017

3. FECHA DE NACIMIENTO 11/10/81 **4. ESTADO CONYUGAL**
 Día Mes Año 11 10 81 En unión libre 15 Separada 16 Divorciada 13 Viuda 14 Soltera 12 Casada 11 Se ignora 99

5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO
 5.1 Calle y número cos alendros 5.2 Colonia cos robles 5.3 Localidad Comitan de Dominguez
 5.4 Municipio o delegación Comitan de Dominguez 5.5 Entidad federativa o país (al reside en el extranjero) Chiapas 5.6 Teléfono 10119 9631063849

6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) 012 Se ignora 99

7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) 010 Se ignora 99

8. NÚMERO DE HIJOS (AS)
 8.1 Nacidos (as) vivos (as) (incluye el actual) 012 Se ignora 99
 8.2 Sobrevivientes 012 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 Vivo aún 1 No 2 Se ignora 99
 9.2 Fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior 11/04/1999

10. ORDEN DEL NACIMIENTO (considere vivos, muertos, múltiples) 012 Se ignora 99

11. ATENCIÓN PRENATAL
 11.1 ¿Recibió atención? 1 No 2 Se ignora 99
 11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta 1 Segundo 2 Tercero 3 Se ignora 99
 11.3 Total de consultas recibidas 112 Se ignora 99

12. ¿VIVE LA MADRE? 1 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 8 Se ignora 99
 Primaria completa 3 Secundaria completa 5 Bachillerato o preparatoria completa 7 Posgrado 10

15. OCUPACIÓN HABITUAL Secretaria Se ignora 99 15.1 Trabaja actualmente 1 No 2 Se ignora 99

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO 12/21/09 12:02:00 **17. SEXO** 1 Hombre 2 Mujer **18. EDAD GESTACIONAL** 410 Semanas

19. TALLA 147 Centímetros **20. PESO AL NACER** 2,410,0 Gramos **21. APGAR (a los cinco minutos)** 109 **21.2 SILVERMAN (a los cinco minutos)** 1010

22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS
 Vitaminas 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

22.1 BCG 1 No 2 **22.2 Hepatitis B** 1 No 2 **22.3 (A)** 1 No 2 **22.4 (H)** 1 No 2

23. TAMIZ NEONATAL
 23.1 Metabólico 1 No 2 **23.2 Auditivo** 1 No 2

24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO
 Único 1 Gemelar 2 Tres o más 3

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

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 8 Hospital externo infantil 9
 IMSS 3 PEMEX 5 SEMAR 7 Unidad médica privada 10
 27.1 Nombre de la unidad médica Hospital externo infantil Via pública 11
 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 10119 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
 Sur oriente Dancalia chichia Aca Comitan de Dominguez
 29.1 Calle y número 29.2 Colonia 29.3 Localidad
Comitan de Dominguez 29.4 Municipio o delegación 10119 CHIAPAS 29.5 Entidad federativa 1017

30. NOMBRE
 Nombre(s) Andrés Alonso Apellido paterno Cano Apellido materno García

31. CERTIFICADO POR
 Médico podiatra 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 Número de cédula profesional **33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA?**
 33.1 Nombre de la unidad médica **33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)**

34. DOMICILIO Y TELÉFONO
cos alendros Los Robles Comitan de Dominguez
 34.1 Calle y número 34.2 Colonia 34.3 Localidad
Comitan de Dominguez 34.4 Municipio o delegación 10119 CHIAPAS 34.5 Entidad federativa 1017 34.6 Teléfono 9631063849

35. FIRMA **36. FECHA DE CERTIFICACIÓN**
[Firma] 12/21/09 12:02:00
 Día Mes Año

HUELLA DEL PIE DERECHO DEL RECIÉN NACIDO **HUELLA DEL DEDO PULGAR DERECHO DE LA MADRE**

[Huella] [Huella]

FIRMA DE LA MADRE **SELLO OFICIAL DE LA SECRETARÍA DE SALUD**

[Firma] [Sello]



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Andrés Abasco Cancino</u> <u>García</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO 15 04 1994	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO <u>CHIAPAS Comitán de Domínguez 017</u>	
5. CURP <u>CX1504199415HCSNRN018</u>	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Especifique	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: <u>21 5 7</u> Años cumplidos	
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 Anoto el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>Almendros</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>3</u> 10.4 Núm. Interior: <u>1</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Fraccionamiento</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Los Robles</u> 10.7 Código Postal: <u>30099</u> 10.8 Localidad: <u>Comitán</u> 10.9 Municipio o delegación: <u>Comitán de Domínguez</u> 10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero): <u>Chiapas, México</u>	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Estudiante</u> Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabajaba SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input checked="" 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"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación	
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 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>Almendros</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>3</u> 15.4 Núm. Interior: <u>1</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Fraccionamiento</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Los Robles</u> 15.7 Código Postal: <u>30099</u> 15.8 Localidad: <u>Comitán</u> 15.9 Municipio o delegación: <u>Comitán de D.</u> 15.10 Entidad federativa: <u>Chiapas, México</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 21 09 2020 12 03 13	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anoto 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) <u>Parto normal agudo</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Perforación del duodeno</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Úlcera duodenal</u> Debido a (o como consecuencia de) d) CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeran la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u>	
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte <u>2 días</u> <u>4 días</u> <u>3 años</u> <u>10 años</u> Código CIE	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE	
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"/> 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? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
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 checked="" type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <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"/> Vivienda colectiva (casio, 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 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) 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: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio	
22.7 Anote 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	
23. NOMBRE DEL INF. <u>David moises Cancino Muñoz</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Padre</u>	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <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"/> *Especifique 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE <u>Andrés Abasco Cancino García</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	
28. FIRMA 	
29. DOMICILIO / TELEFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>Calle</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>Los almendros</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>3</u> 29.4 Núm. Interior: <u>1</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Fraccionamiento</u> <u>Los Robles</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>30099</u> 29.7 Código Postal <u>Comitán de Domínguez</u> 29.8 Localidad	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
DEL DEFUNTO	

DEL DEFUNTO

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS