



**UNIVERSIDAD
DEL SURESTE**
ESCUELA DE MEDICINA
5to Semestre
Grupo "B"



MEDICINA FORENSE

DR. LEONARDO DANIEL NANDUCA
HC, CN, CD

Presenta:

• **Adrián Espino Pérez**

22 de Septiembre del 2020, Comitán, Chiapas.



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

Nombre: Jaime Escutia Vega Fecha: 22/092020
No. Afiliación: 455
Fecha de nacimiento: 19/0/1980 Edad: 40 años Género: M F
Informante (parentesco): Padre Edad: años Escolaridad: Profesional
Religión: Cristiano 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 refiere dolor de cabeza intenso por las tardes en horarios laborales de antes de ir a dormir, también refiere dolor pulsátil e intenso mepeora cuando realiza momimientos brisco de la cabeza

APARATOS Y SISTEMAS

Neurológico:	Niega cefalalgia, pérdida de conocimiento, mareos vértigo y trastornos del equilibrio, movimientos anormales involuntarios, debilidad muscular, convulsiones, trastornos de la visión, dolor hormigueo y adormecimiento, trastornos del sueño.
Respiratorio:	Niega Rinorrea, rinolalia, expectoración, disnea, dolor torácico, epistaxis, disfonía, hemoptisis, vómica, sibilancias audibles a distancia.
Digestivo:	Niega trastornos de la deglución, de la digestión, de la defecación, nausea, vómito, dolor abdominal, diarrea, constipación, ictericia, rumiación, regurgitación, pirosis, aerofagia, eructos, meteorismos, distensión abdominal, flatulencia, hematemesis, características de las heces fecales, diarrea, acolia, hipocolia, melena, rectorragia, lientería, pujo, tenesmo y prurito anal.
Cardiovascular:	Niega disnea, dolor precordial, palpitaciones, síncope, lipotimia, edema, cianosis, acúfenos, fosfenos.
Genitourinario-Renal	Niega dolor renoureteral, hematuria, piuria, coluría, oliguria, tenesmo, cólico renal, edema, trastornos en el volumen urinario, nictámero, urgencia, características del chorro urinario.

Musculo-esquelético:	artralgias, alteraciones en la marcha, hipotonía, disminución del volumen muscular, limitación de movimientos y deformidades
Piel y anexos:	Niega coloración, pigmentación, prurito, características del pelo, uñas, lesiones (primarias y secundarias), hiperhidrosis y xerodermia
Diagnósticos previos:	
Exámenes de laboratorio y gabinetes previos:	
Terapéutica previa:	

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre vive: si No Edad: 78 años Escolaridad: _____
Ocupación: Ama de casa Gesta: 3 Parto: 3 Abortos: 0 Cesáreas: 0
Toxicomanías: si no Especifique: _____
Padre vive: si no Edad: 82 años Escolaridad: _____
Ocupación: Albañil Toxicomanías: si no Especifique: Tabaquismo
Hermanos: número 2 Vivos: 2 Edades: 30. 25.
Muertos: 0 Causa (s): _____

Padecimientos heredofamiliares:
(marque con una X los positivos)

Negativos: Positivos:

Diabéticos:	<input checked="" type="checkbox"/>	Cardiópatas:	<input type="checkbox"/>	Nefrópatas:	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input checked="" type="checkbox"/>	Hematológicos:	<input type="checkbox"/>	Oncológicos:	<input type="checkbox"/>
Neurológicos:	<input type="checkbox"/>	Malf. Congénitas:	<input type="checkbox"/>	Alérgicos:	<input type="checkbox"/>

Especificar: _____

Contacto con enfermedades infecciosas: si no Especificar: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Perinatales

Embarazo No.: _____ Curso normal: si no Causa: _____
Gestación: _____ Semanas. Sitio de atención del parto: _____
Parto eutócico: si no Causa: _____
Peso: _____ Kg. Talla: _____ cm. Rup. Pret. membran. si no horas: _____
Anestesia: si no Cual: _____
Apnea neonatal: Convulsiones: _____ Hemorragias: _____ Ictericia: _____
Cianosis: _____ Otros: _____
Información adicional: _____
Especifique

PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Alimentación:

Pecho materno: si no Duración: _____ meses. Ablactación: _____ meses
Destete: _____ meses. Alimentación actual (no. de días por semana) Carne: 2 por semana

Leche: 5 por semana Huevo: 4 a 3 por semana Frutas: 5 días por semana Cereales: 5 días por semana
Verduras: 3 días por semana Leguminosas 3 días por semana

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 () **Antineumocócica 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)

EL PACIENTE CUENTA CON TODAS LAS VACUNAS Y DOSIS ADECUADAS

Desarrollo psicomotor (precisar la edad en meses)

Seguio 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: 13 años Adrenarca: 12 años
Edad de espermaquia: 14 años
Ciclos Menstruales: Frecuencia: _____ Duración: _____ Cantidad: _____
(num. toallas promedio/ día)
Dismenorrea: _____ si _____ no Uso de anticonceptivos: Si _____ ¿Cuál? _____ No NA _____

Habitación:

Eliminación de excretas: Fecalismo: _____ Letrina: _____ Tipo inglés:
Agua intradomiciliaria: si _____ no Baño familiar: 2 Comunal: _____
Convivencia con animales: _____ Cual (es): _____
Piso de la casa: Tierra: _____ Cemento: _____ Recubrimiento:
Número de cuartos en la casa 3 (excluir cocina y baño): Número de personas que duermen en la casa 2 (incluir a todo los niños)
Refrigerador: si _____ no Teléfono: si _____ no Automóvil: si _____ no
Exposición a sustancias tóxicas: si _____ no Cuales: Alcohol ocasionalmente

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

Niega alergias

EXPLORACION FISICA

Peso: 80 Kg. Talla: 179 cm. P. cef: cm. P. Brazo cm.
P. pierna: cm. Seg. sup: cm. Seg. inf.: cm.
F.C.: 70 x' F.R.: 22 x' Temp: 35.5 °C. T.A.: 130/40 mmHg

Aspecto General

Piel y faneras:

Cabeza: Normocefalo con cabello abundante con aparente coloración buena, cuenta con cejas pobladas, ojos centrales cimetricos, isocorias normoflexicas, reacción de miosis ante la luz, narinas permeables, mucosa oral normohidratada con labios normales, cuenta con leve inflamación de orofaringe. En la cavidad bucal la paciente cuenta con todos sus dientes sin signos de inflamación de las encías.

Ojos: Sin alteración aparente

Oídos: Sin alteración aparente

Boca y faringe: Sin Alteración aparente

Cuello: Central cilíndrico corto con tiroides no palpable sin ingurgitaciones pulsos dentro de la normalidad. Sin adenomegalias.

Tórax: Normolineo con buena entrada y salida de aire, espacios intercostales levemente definido, obstrucción de moco en las vías respiratorias, cuenta con ritmo cardiacos rítmicos y con buena intensidad sin soplos sin S3

a) Ap. Resp.:

b) Ap. Card.:

Tanner mamario:

Abdomen: Blando depresible sin visceromegalias, con peristalsis presente, audible, no doloroso a la palpación media y profunda. Sin datos de irritación peritoneal. Percusión con sonido normales sin exceso de gases.

Extremidades: Miembros íntegros y funcionales con buena sensibilidad sin compromiso circulatorio, sin artralgias ni mialgias, fuerza muscular conservada, llenado capilar 1 seg. El paciente responde a todas las evaluaciones motoras

Genitales: De acuerdo a edad y sin ninguna alteración

Tanner genital:

Ano y recto:

Tanner púbico:

Vas. Periférico:

Neurológico: Orientado en tiempo y espacio sin alteración neurológica

Col. Vertebral:

Nombre del médico que realizó la historia: Adrian Espino Perez

Firma

Nombre y firma del médico que revisó la historia:



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2015
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 PRÓXIMOS 90 DÍAS. ESTE DOCUMENTO NO SUSTITUYE AL ACTA DE NACIMIENTO

DATOS DE LA MADRE

1. NOMBRE: Juanita Perez Perez
Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno

1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP): PRPJ010719919507169110 Si ignora 0 99

2. LUGAR DE NACIMIENTO: Comitan Mexico
2.1 Municipio o delegación 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjero)

3. FECHA DE NACIMIENTO: 22/09/2019 4. ESTADO CONYUGAL: En unión libre
Día Mes Año En unión libre 0 15 Separado 0 16 Divorciado 0 13 Viudo 0 14 Soltero 0 12 Casado 0 11 Si ignora 0 99

5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO: Exaccionante Comitan Chiapas
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: 763 146 6657

6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual): 01 Si ignora 0 99 7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS): 010 Si ignora 0 99

8. NÚMERO DE HIJOS (AS): 01 Si ignora 0 99 8.1 Nacidos (as) vivos (as) (incluye el actual) 8.2 Sobrevivientes 8. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIDO: 01 Vivos (as) 9.1 Vivos aún (as) 9.2 Fecha de nacimiento del hijo (a) del embarazo anterior: 22/09/2020 Muertos (as) No ha tenido otros hijos (as) Si ignora 0 99

10. ORDEN DEL NACIMIENTO (incluye vivos, muertos, múltiples): 1 Si ignora 0 99 11. ATENCIÓN PRENATAL: 1 Si ignora 0 99 11.1 ¿Recibió atención? 11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta: 1 Primero 0 1 Segundo 0 2 Tercero 0 3 Si ignora 0 99 11.3 Total de consultas recibidas: 01 Si ignora 0 99

12. ¿VIVE LA MADRE? SI Si No 0 2 12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción: _____

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: ISSSTE Ninguna 0 1 ISSSTE 0 4 SEDENA 0 5 Seguro Popular 0 7 IMSS 0 2 PEMEX 0 3 SEMAR 0 6 IMSS Oportunidades 0 10 Si ignora 0 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación: _____

14. ESCOLARIDAD: Ninguna Ninguna 0 1 Primaria incompleta 0 2 Secundaria incompleta 0 4 Bachillerato o preparatoria incompleta 0 6 Profesional 0 8 Si ignora 0 99 Primaria completa 0 3 Secundaria completa 0 5 Bachillerato o preparatoria completa 0 7 Postgrado 0 10

15. OCUPACIÓN HABITUAL: Amade casa Si ignora 0 99 15.1 Trabaja actualmente: SI Si No 0 2 Si ignora 0 99

16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO: 22/09/2019 18:50 17. SEXO: 1 Hombre 0 1 Mujer 0 2 18. EDAD GESTACIONAL: 36 Semanas
Día Mes Año Hora Minutos

19. TALLA: 50 Centímetros 20. PESO AL NACER: 3.0 Gramos 21. APGAR (a los cinco minutos): 10 21.2 SILVERMAN (a los cinco minutos): 10

22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS: SI Si No 0 2 22.1 BCG 22.2 Hepatitis B 22.3 (A) 22.4 (B) Si 0 1 No 0 2 23. TAMIZ NEONATAL: SI Si No 0 2 23.1 Metabólico 23.2 Auditivo Si 0 1 No 0 2 24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO: 1 Único 0 1 Gemelar 0 2 Tíes o más 0 3

25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO: _____
a) _____
b) _____

26. PROCESAMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO: 1 Parto normal 0 1 Cesárea 0 2 Fórceps 0 3 Otro 0 8 Especifique: _____

27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO: ISSSTE Comitan Secretaría de Salud 0 1 ISSSTE 0 4 SEDENA 0 6 Oportunidades 0 2 Otra unidad pública 0 8 27.1 Nombre de la unidad médica: ISSSTE Comitan 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____
IMSS 0 3 PEMEX 0 5 SEMAR 0 7 Unidad médica privada 0 10 27.3 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____

28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO: 1 Médico 0 1 Enfermera 0 2 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 0 3 Partera 0 4 Otro 0 8 Especifique: _____

29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO: 09 Miguel A Comitan Chiapas
29.1 Calle y número 29.2 Colonia 29.3 Localidad 29.4 Municipio o delegación 29.5 Entidad federativa

DATOS DEL CERTIFICANTE

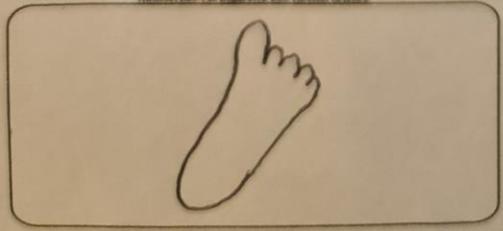
30. NOMBRE: Adrian Espino Perez
Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno

31. CERTIFICADO POR: 1 Médico pediatra 0 1 Médico gineco-obstetra 0 2 Otro médico 0 2 Enfermera 0 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 0 4 Partera 0 5 Autoridad civil 0 6 Especifique: _____

32. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 00095 Número de cédula profesional 33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA? ISSSTE 33.1 Nombre de la unidad médica 33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): 000000000000

34. DOMICILIO Y TELÉFONO: 09 Miguel A Comitan Mexico
34.1 Calle y número 34.2 Colonia 34.3 Localidad 34.4 Municipio o delegación 34.5 Entidad federativa 34.6 Teléfono: 763 146 6657

35. FIRMA: _____ 36. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 22/09/2019
Día Mes Año



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

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCION

FOL. 1°

Juan Pérez Lopez

2. FECHA DE NACIMIENTO 10/17/01/19/8/01		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Aguila Veracruz (Nacido en el extranjero)	
5. CURP EIPPAU010110171918110101		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> Sí <input 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: 40		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 Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: Fraccionamiento 10.2 Nombre de la vivienda: Comitan	
10.3 Núm. Exterior: 2 10.4 Núm. Interior: 4 10.5 Tipo de asentamiento humano: Comitan		10.6 Nombre del asentamiento humano: Comitan		10.7 Código Postal: 301400 10.8 Localidad: Chiapas 10.9 Municipio o delegación: Comitan 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): Mexico	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input 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: 2° de secundaria 11.2 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Infermera 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"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <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: 4478		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input checked="" type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCION 15.1 Tipo de vivienda: Fraccionamiento 15.2 Nombre de la vivienda: Comitan		15.3 Núm. Exterior: 3 15.4 Núm. Interior: 4 15.5 Tipo de asentamiento humano: Comitan		15.6 Nombre del asentamiento humano: Comitan 15.7 Código Postal: 301400 15.8 Localidad: Chiapas 15.9 Municipio o delegación: Comitan 15.10 Entidad federativa: Mexico	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION 16.1 Día: 12 16.2 Mes: 10 16.3 Año: 2018 16.4 Horas: 4 16.5 Minutos: 5		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 DEFUNCION (Anotar 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) Debido a enfermedad HAS Debido a (o como consecuencia de) b) Debido a (o como consecuencia de) c) Debido a (o como consecuencia de) d) Debido a (o como consecuencia de) PARTE II Otros estados patológicos específicos 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: 3 años Código CIE: _____		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCION Código CIE: _____	
21. SI LA DEFUNCION 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"/> 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 (excluye del embarazo, parto o puerperio)? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas corresponden al embarazo, parto o puerperio? Sí <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 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 ¿Sió donde ocurrió la lesión? Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva (rancho o parcelita) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (caso, ortofono, 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 (ella) fallecido(a): _____		22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		22.6 Describe 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 Nombre(s): Advián Primer Apellido: Espino Segundo Apellido: Pérez		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): _____		25. SI EL CENTRANTE ES MÉDICO 000053 Número de la cédula profesional	
25. LLENAR LA CADA 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"/>		26. NOMBRE Nombre(s): José Pérez Primer Apellido: León Segundo Apellido: Pérez		27. FIRMA [Firma]	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de vivienda: _____ 28.2 Nombre de la vivienda: _____ 28.3 Núm. Exterior: _____ 28.4 Núm. Interior: _____ 28.5 Tipo de asentamiento humano: _____		29. FECHA DE CERTIFICACION 29.1 Día: 12 29.2 Mes: 10 29.3 Año: 2018		30. FECHA DE CERTIFICACION 30.1 Día: 12 30.2 Mes: 10 30.3 Año: 2018	
31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 31.1 Acta Núm.: _____ 31.2 Lugar y fecha de inscripción: _____ 31.3 Localidad: _____ 31.4 Municipio o delegación: _____ 31.5 Entidad federativa: _____ 31.6 Día: _____ 31.7 Mes: _____ 31.8 Año: _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o delegación: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día: _____ 32.5 Mes: _____ 32.6 Año: _____		33. FECHA DE CERTIFICACION 33.1 Día: _____ 33.2 Mes: _____ 33.3 Año: _____	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION.
 LOS DATOS PERSONALES ESTAN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA GUBERNAMENTAL,
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES EN POSESION DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO

DE LA DEFUNCION

MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

DEL INF.

DEL CERTIFICANTE

DEL REG. CIVIL