



**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 X NA _____

Habitación:

Eliminación de excretas: Fecalismo: _____ Letrina: _____ Tipo inglés: X
Agua intradomiciliaria: X si _____ no Baño familiar: 2 Comunal: _____
Convivencia con animales: _____ X si _____ no Cual (es): _____
Piso de la casa: Tierra: _____ Cemento: _____ Recubrimiento: X
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: X si _____ no Teléfono: X si _____ no Automóvil: X si _____ no
Exposición a sustancias tóxicas: X 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:



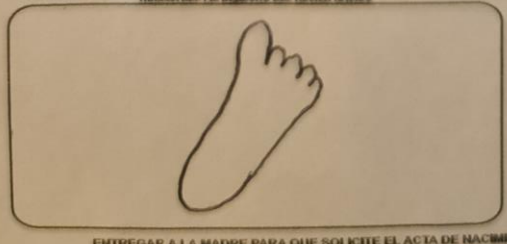
SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Modelo 2010
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

1. NOMBRE: Nombre (s) <u>Juanita</u> Apellido paterno <u>Peret</u> Apellido materno <u>Peret</u>	
1.1 CLAVE ÚNICA DE REGISTRO DE POBLACIÓN (CURP) <u>HPJ0101787919507169110</u> Si ignora 099	
2. LUGAR DE NACIMIENTO 2.1 Municipio o delegación <u>Comitan</u> 2.2 Entidad federativa o país (si es extranjero) <u>Mexico</u>	
3. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>22</u> Mes <u>09</u> Año <u>2020</u>	4. ESTADO CONYUGAL En unión libre 015 Separado 016 Divorciado 013 Viudo 014 Soltero 012 Casado 011 Si ignora 099
5. RESIDENCIA HABITUAL Y TELÉFONO 5.1 Calle y número <u>Independencia Comitan</u> 5.2 Colonia <u>Chiapas</u> 5.3 Localidad <u>Comitan</u> 5.4 Municipio o delegación <u>Mexico</u> 5.5 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) <u>Mexico</u> 5.6 Teléfono <u>7631460657</u>	
6. NÚMERO DE EMBARAZOS (incluye el actual) <u>01</u> Si ignora 099	7. NÚMERO DE HIJOS (AS) NACIDOS (AS) MUERTOS (AS) <u>010</u> Si ignora 099
8. NÚMERO DE HIJOS (AS) 8.1 Nacidos (as) vivos (as) (incluye el actual) <u>01</u> Si ignora 099 8.2 Sobrevivientes <u>01</u> Si ignora 099	8. EL (LA) HIJO (A) ANTERIOR NACIO Vivo (s) <u>01</u> Muerto (s) <u>00</u> Si ignora 099 9.1 Vivos aún (s) <u>01</u> Si ignora 099 9.2 Fecha de nacimiento del hijo (s) del embarazo anterior: Día <u>22</u> Mes <u>09</u> Año <u>2020</u> No ha tenido otros hijos (as) <u>00</u> Si ignora 099
10. ORDEN DEL NACIMIENTO (incluye vivos, muertos, múltiples) 10.1 <u>1</u> Si ignora 099	11. ATENCIÓN PRENATAL 11.1 ¿Recibió atención? <u>Si</u> <u>1</u> No <u>0</u> Si ignora 099 11.2 Trimestre en el que recibió la primera consulta: Primero <u>1</u> Segundo <u>0</u> Tercero <u>0</u> Si ignora 099 11.3 Total de consultas recibidas: <u>01</u> Si ignora 099
12. ¿VIVE LA MADRE? <u>Si</u> <u>1</u> No <u>0</u>	12.1 En caso negativo, escriba el número de folio del Certificado de Defunción
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 01 ISSSTE <u>3</u> SEDENA 05 SEMAR 08 IMSS Oportunidades 10 Si ignora 099	13.1 Número de seguridad social o afiliación
14. ESCOLARIDAD Ninguna 01 Primaria incompleta 02 Secundaria incompleta 04 Bachillerato o preparatoria incompleta 06 Profesional 09 Si ignora 099 Primaria completa 03 Secundaria completa 05 Bachillerato o preparatoria completa 07 Postgrado 10	15.1 Trabaja actualmente <u>Si</u> <u>1</u> No <u>0</u> Si ignora 099
16. FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO Día <u>22</u> Mes <u>09</u> Año <u>2020</u> Hora <u>18:50</u> Minutos <u>00</u>	17. SEXO Hombres <u>1</u> Mujer <u>0</u>
18. EDAD GESTACIONAL <u>36</u> Semanas	18.1 Número de semanas de gestación
19. TALLA <u>50</u> Centímetros	20. PESO AL NACER <u>3.0</u> Gramos
21. APGAR (a los cinco minutos) <u>10</u>	21.2 SILVERMAN (a los cinco minutos) <u>10</u>
22. APLICACIÓN DE VACUNAS Y COMPLEMENTOS 22.1 BCG <u>Si</u> <u>1</u> No <u>0</u> 22.2 Hepatitis B <u>Si</u> <u>1</u> No <u>0</u> 22.3 (A) <u>Si</u> <u>1</u> No <u>0</u> 22.4 (B) <u>Si</u> <u>1</u> No <u>0</u>	23. TAMIZ NEONATAL 23.1 Metabólico <u>Si</u> <u>1</u> No <u>0</u> 23.2 Auditivo <u>Si</u> <u>1</u> No <u>0</u>
24. PRODUCTO DE UN EMBARAZO <u>Único</u> <u>1</u> Gemelar <u>0</u> Tíes o más <u>0</u>	
25. ANOMALÍAS CONGÉNITAS, ENFERMEDADES O LESIONES DEL NACIDO VIVO a) _____ b) _____	
26. PROCESAMIENTO UTILIZADO EN EL NACIMIENTO Parto normal <u>1</u> Cesárea <u>0</u> Fórceps <u>0</u> Otro <u>0</u> Especifique _____	
27. SITIO DE ATENCIÓN DEL PARTO Secretaría de Salud <u>0</u> ISSSTE <u>4</u> SEDENA <u>0</u> Oportunidades <u>0</u> Otra unidad pública <u>0</u> <u>ISSSTE Comitan</u> IMSS <u>0</u> PEMEX <u>0</u> SEMAR <u>0</u> Unidad médica privada <u>10</u> 27.1 Número de la unidad médica _____ 27.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____	
28. PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO Médico <u>1</u> Enfermera <u>0</u> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <u>0</u> Partera <u>0</u> Otro <u>0</u> Especifique _____	
29. DOMICILIO DEL LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO 29.1 Calle y número <u>09</u> 29.2 Colonia <u>Miguel A</u> 29.3 Localidad <u>Chiapas</u> <u>Comitan</u> 29.4 Municipio o delegación <u>Mexico</u> 29.5 Entidad federativa	
30. NOMBRE: Nombre (s) <u>Adrian</u> Apellido paterno <u>Espino</u> Apellido materno <u>Peret</u>	
31. CERTIFICADO POR: Médico pediatra <u>1</u> Médico gineco-obstetra <u>0</u> Otro médico <u>0</u> Enfermera <u>0</u> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <u>0</u> Partera <u>0</u> Autoridad civil <u>0</u> Especifique _____	32. SI EL CERTIFICADO ES MÉDICO Número de cédula profesional <u>000095</u>
33. SI EL NACIMIENTO OCURRIÓ FUERA DE UNA UNIDAD MÉDICA, ¿CUÁL ES LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICA? Número de cédula profesional <u>ISSSTE</u> 33.1 Número de la unidad médica _____ 33.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) <u>00000000000000000000</u>	34. DOMICILIO Y TELÉFONO 34.1 Calle y número <u>09</u> 34.2 Colonia <u>Miguel A</u> 34.3 Localidad <u>Chiapas</u> <u>Comitan</u> 34.4 Municipio o delegación <u>Mexico</u> 34.5 Entidad federativa <u>Mexico</u> 34.6 Teléfono <u>7631460657</u>
35. FIRMA	36. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>22</u> Mes <u>09</u> Año <u>2020</u>



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 11/9/8,01 Día Mes Año		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 EIPPAU010110170181101011		6. ¿HABLA 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: 15011001 10.7 Código Postal: Chiapas 10.8 Localidad: Comitan 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 <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.2 Ocupación seleccionada es: Enfermero 12.3 Número de seguridad social o afiliación: 4478	
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"/>		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. DOBILICIO 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: 13011001 15.7 Código Postal: Chiapas 15.8 Localidad: Comitan 15.9 Municipio o delegación: Comitan 15.10 Entidad federativa: Mexico		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCION Día: 12 Mes: 10 Año: 2018 Hora: 14 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 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. ¿FUE ACCIDENTAL O VIOLENTO, ESPECIFIQUE: 20.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> homicidio <input type="radio"/> suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		21. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTO, ESPECIFIQUE: 21.1 Especificar 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"/>		22. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
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? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva (rancho o parcela) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <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): _____		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: Advión Pérez Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): _____		25. LLENAR LA CADA POR MÉDICO TRATANTE 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. DOMICILIO Y TELÉFONO 26.1 Tipo de vivienda: 3014001 26.2 Nombre de la vivienda: 37 26.3 Núm. Exterior: Chiapas 26.4 Núm. Interior: 29 26.5 Tipo de asentamiento humano: 29 26.6 Nombre del asentamiento humano: Comitan 26.7 Código Postal: Mexico 26.8 Localidad: Adarísobas 26.9 Municipio o delegación: _____ 26.10 Entidad federativa: _____		27. NOMBRE: José Pérez León Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA: _____	
29. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____		30. FECHA DE CERTIFICACION Día: 12 Mes: 10 Año: 2018		31. LA DEFUNCION FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____	
31.1 Acta Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o delegación: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día: _____ Mes: _____ Año: _____		32.5 Fecha de certificación: _____	

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCION.
 LOS DATOS PERSONALES ESTÁN 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