



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

Materia:
Medicina Forense

DRA. KARINA ROMERO SOLORZANO

Presenta:
Fátima Andrea López Álvarez
5* B

Lugar y fecha
Comitán de Domínguez Chiapas a 25/08/21



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Hoja 001
FOLIO

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSICIÓN DE LOS PARTICIPANTES.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s): <u>Margarita</u> Primer Apellido: <u>Gomez</u> Segundo Apellido: <u>Velazquez</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero): <u>Distrito Federal</u> <u>09</u>	
5. CURP <u>60VMB00705MCLMLR01</u> De ignora <input type="radio"/>	
6. ¿HABLABA AL MENOS UNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Extranjera <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos 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 <u>031</u> Se ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <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 vivienda: 10.2 Nombre de la vivienda: 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>04800</u> <u>Calle Pitagoras</u> <u>Cuajimalpa de Morelos</u> <u>Distrito Federal</u>	
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 checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Sin escolaridad <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: 12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Arquitecto</u> De ignora <input type="radio"/>	
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Insigna <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:	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Hospital General María Ignacia Gandulfo <input checked="" type="radio"/> Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Número de la unidad médica: 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CUES):	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: 15.2 Nombre de la vivienda: 15.3 Núm. Exterior 15.4 Núm. Interior 15.5 Tipo de asentamiento humano 15.6 Nombre del asentamiento humano 15.7 Código Postal 15.8 Localidad 15.9 Municipio o delegación 15.10 Entidad federativa	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Hora Minutos <u>17/08/2021</u> <u>14:30</u>	
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 todos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) Causas antecedentes: Estados morbosos, si alguno de ellos es la causa consignada arriba, menciónese en otro lugar la causa básica. Causa básica: <u>Choque hipovolémico grado III</u> <u>4 hrs.</u> <u>Sangrado de tubo digestivo alto (hematemesis)</u> <u>4 hrs.</u> <u>Varices esofágicas grado IV</u> <u>2 meses</u> <u>Cirrosis hepática.</u> <u>3 años</u> Causas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado morbo que la produjo: <u>Hepatitis C.</u> <u>10 años</u>	
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"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones 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 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (salvo en el caso de escuelas, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agraviado con el(los) fallecido(s): Área industrial (fábrica u otra) <input type="radio"/> Granja <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 hechos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7 Añote 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): <u>Rosa</u> Primer Apellido: <u>Velazquez</u> Segundo Apellido: <u>Perez</u>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): <u>madre</u>	
25. CERTIFICADA POR: Médico Estante <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 cívica <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> *Especifique: 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: <u>69142081</u> Número de la cédula profesional.	
27. NOMBRE: Nombre(s): <u>Fátima Andrea</u> Primer Apellido: <u>López</u> Segundo Apellido: <u>Álvarez</u>	
28. FIRMA: <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELEFONO: 29.1 Tipo de vivienda: 29.2 Nombre de la vivienda: 29.3 Núm. Exterior 29.4 Núm. Interior 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>Comisión de Dgeel</u> <u>Chiapas</u> <u>9A Sur Oriente 411</u> <u>96316340135</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día Mes Año <u>17/08/2021</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO: Núm. Libro Núm. 32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad:	
DEL CERTIFICANTE	
MUERTE ACCIDENTAL Y VIOLENTA	
DEL FALLECIDO	
DEL REQ. CIVIL	



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Módulo 001
FOLIO

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 POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO Nombre(s): <u>Hernán</u> Primer Apellido Apellido(s): <u>Luna</u> Segundo Apellido Apellido(s): <u>Hernandez</u>		
	2. FECHA DE NACIMIENTO Día: <u> </u> Mes: <u> </u> Año: <u> </u>		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
	4. ENTRADA DE NACIMIENTO Estrada: <u>Tampulipas</u> <small>Estrada federativa o país (si nació en el extranjero)</small>		
	5. CURP <u>LNHRHR72012011HB00</u> <small>de ignora <input type="radio"/></small>		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"/> <small>de ignora <input type="radio"/></small>		8. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separación <input type="radio"/> Viudez <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> <small>de ignora <input type="radio"/></small>
	9. EDAD CUMPLIDA <small>Para menores de un año: Minutos</small> <u>030</u> <small>de ignora <input type="radio"/></small> <small>Para menores de un mes: Horas</small> <small>Para menores de un día: Días</small> <small>Para menores de un año o más: Meses</small> <small>Para menores de un año o más: Años completos</small>		
	10. RESIDENCIA HABITUAL Añade el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>Calle</u> <u>Tampulipas</u> <small>10.1 Tipo de vivienda</small> <small>10.2 Nombre de la vivienda</small>		
	10.3 Núm. Exterior: <u>211</u>		10.4 Núm. Interior: <u> </u>
	10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>zona centro</u>		10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Tampico</u>
	10.7 Código Postal: <u> </u>		10.8 Localidad: <u>México</u>
10.9 Municipio o delegación: <u> </u>		10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): <u> </u>	
DE LA DEFUNCIÓN	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> <small>de ignora <input type="radio"/></small>		
	12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Carpintero</u> <small>12.1 Trabajaba</small> <small>de ignora <input type="radio"/></small>		
	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"/> <small>de ignora <input type="radio"/></small>		
	14. SÍTIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Escuela de Salud <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> <small>de ignora <input type="radio"/></small>		
	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <small>15.1 Tipo de vivienda</small> <small>15.2 Nombre de la vivienda</small>		
	15.3 Núm. Exterior: <u> </u>		15.4 Núm. Interior: <u> </u>
	15.5 Tipo de asentamiento humano: <u> </u>		15.6 Nombre del asentamiento humano: <u> </u>
	15.7 Código Postal: <u> </u>		15.8 Localidad: <u> </u>
	15.9 Municipio o delegación: <u> </u>		15.10 Entidad federativa: <u> </u>
	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día: <u>09</u> Mes: <u>07</u> Año: <u>2016</u> Hora: <u>21</u> Minutos: <u>00</u>		
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, asfisia, etc.) PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produce la muerte directamente <u>choque cardiogenico</u> Debido a (o como consecuencia de) PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo <u>Hipertensión</u> <u>Diabetes.</u> <u>Infarto Agudo al Miocardio.</u>			
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: <u> </u>		21. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS? 21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> <small>de ignora <input type="radio"/></small> 21.2 ¿Las causas anotadas basadas en las clasificaciones de ICD-10 del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> <small>de ignora <input type="radio"/></small> 21.3 ¿Las causas anotadas basadas en las clasificaciones de ICD-10 del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> <small>de ignora <input type="radio"/></small>	
22. SI LA DEFUNCIÓN FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 ¿Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> <small>de ignora <input type="radio"/></small> 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 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (sanito, ortazo, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> <small>de ignora <input type="radio"/></small> 22.4 Añote la relación que tenga el presunto agresor con esta fallecida: <u> </u> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u> </u> 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u> </u>			
23. SI LA DEFUNCIÓN FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 ¿Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> <small>de ignora <input type="radio"/></small> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 23.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (sanito, ortazo, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicios <input type="radio"/> <small>de ignora <input type="radio"/></small> 23.4 Añote la relación que tenga el presunto agresor con esta fallecida: <u> </u> 23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: <u> </u> 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: <u> </u>			
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Tío</u>		25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> <small>de ignora <input type="radio"/></small> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> <small>de ignora <input type="radio"/></small> Especifique: <u> </u>	
26. FIRMA <u> </u>			
27. NOMBRE: Nombre(s): <u> </u> Primer Apellido: <u> </u> Segundo Apellido: <u> </u>			
28. DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de vivienda: <u> </u> 28.2 Nombre de la vivienda: <u> </u> 28.3 Núm. Exterior: <u> </u> 28.4 Núm. Interior: <u> </u> 28.5 Tipo de asentamiento humano: <u> </u> 28.6 Nombre del asentamiento humano: <u> </u> 28.7 Código Postal: <u> </u> 28.8 Localidad: <u> </u> 28.9 Municipio o delegación: <u> </u> 28.10 Entidad federativa: <u> </u> 28.11 Teléfono: <u> </u>			
29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm.: <u> </u> Libro Núm.: <u> </u>			
30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad: <u> </u> 30.2 Fecha de registro: Día: <u> </u> Mes: <u> </u> Año: <u> </u>			