

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Escuela de medicina

Materia:

Medicina forense

Trabajo:

Antología de resúmenes (Unidad 1)

Catedrático:

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

Presenta:

Juan Pablo Sánchez Abarca

Semestre y grupo:

5°B

Comitán de Domínguez, Chiapas
15 de septiembre de 2021

1. Dictamen médico

Un Dictamen médico es una opinión técnica vertida por un perito judicial sobre un hecho controvertido. Esto puede ayudar en la resolución de conflictos por la vía extrajudicial o judicial. El Dictamen médico aparece en la parte final del informe, y sirve como resumen de todo lo expuesto en el resto del informe.

Los dictámenes médicos, pretenden dar respuesta a una serie de preguntas planteadas por el juez y los abogados. El objetivo principal es aportar ciertos conocimientos e información técnica suficiente para dictar una sentencia justa. El dictamen médico tiene total validez como prueba judicial, si se ha realizado conforme a los requisitos establecidos por la Ley.

Realizar un buen dictamen médico es el paso necesario para que la ratificación del mismo sea sencilla y contundente. En caso contrario, cuando hay informes periciales incompletos, sesgados o erróneos, serán aprovechados por la parte contraria para destruir a la defensa, lo que puede conllevar que su carrera como perito llegue a un final repentino y prematuro.

¿Qué debe de contener un dictamen médico?

- **Portada**
- **Preámbulo:** Objetivo y motivación del documento. Incluye resumen de calificaciones del perito que den fuerza al informe.
- **Documentación:** Enumeración y descripción de los documentos examinados, así como de las investigaciones realizadas para llegar a la verdad del asunto. Seguir el protocolo legal y trazable.
- **Consideraciones técnicas:** Se exponen los criterios técnicos que llevan a pensar al Perito por qué y cómo han sucedido los hechos, basándose en las pruebas objetivas del punto anterior.
- **Conclusiones:** Parte del dictamen que concluye sobre los hechos y analiza, con arreglo a los protocolos, cómo se ha realizado cada acción.
- **Anexos:** Parte del informe que tiene información documental de antecedentes, bibliográfica, sobre investigaciones realizadas, etc. que dan soporte a las conclusiones.
- **Firma:** El documento debe ser firmado convenientemente por el experto redactor, dando de fe de su hacer y conclusiones.

Hablar en 1ª persona del singular en el dictamen pericial, evitar hablar en 1ª persona del plural o 3ª persona del singular para referirse a uno mismo, como redactor del dictamen.

2. Dictamen de lesiones

- **Previo**

Se emite de forma inicial, posterior a que sucedieron los hechos. Se clasifica la lesión en forma medicolegal, estableciéndose la gravedad de ésta, tiempo que requiere para sanar y las secuelas que quedan.

- **Evolutivo**

Contiene la evolución clínica de las lesiones, ya sea de forma adecuada o inadecuada por medio de la solicitud de la autoridad correspondiente. Se puede expedir dictámenes evolutivos las veces que se requieran. Se concreta a señalar estrictamente lo referente a la evolución de las lesiones señaladas del documento.

- **Definitivo**

Emitido cuando las lesiones sanan y se establece si quedara alguna secuela o cicatriz permanente, también se emite cuando la persona afectada muere.

3. Certificado médico

El certificado médico es un testimonio escrito acerca del estado de salud actual de un paciente, que el profesional extiende a su solicitud o a la de sus familiares, luego de la debida constatación del mismo a través de la asistencia, examen o reconocimiento.

Las situaciones que llevan a realizar los certificados simples nos permiten diferenciarlos en: Los que acreditan alguna enfermedad que requiera o no baja escolar y los que acreditan aptitud física o psicofísica.

El certificado debe ser veraz, legible, descriptivo, coherente, documentado, limitado y formal.

Objetivos a realizar del certificado médico

- **Objetivos primarios:** Situaciones que pueden poner en riesgo a la salud o la vida de la persona o terceros, y luego contraindicar la actividad para la que se solicita.
- **Objetivos secundarios:** Oportunidad para realizar un control de salud y detectar a tiempo las enfermedades no percibidas por el paciente.

Al momento de explorar al paciente debemos considerar el interrogatorio, hábitos, inmunizaciones, examen físico, antropometría, examen cardiovascular, aparato respiratorio, osteomuscular, abdomen y sistema nervioso.

4. Certificado de defunción

Es un documento en donde se da constancia escrita del fallecimiento de una persona. Este debe ser expedido cuando el médico comprueba la muerte de la persona y las causas que llevaron a la muerte, la cual queda revelado de la obligación del secreto médico. Se requiere cuando la persona fallece después de haber nacido viva minutos, horas, días, meses o años. Deben ser extendidos por personal médico, pero en sitios donde no se encuentre con la presencia de este, puede hacerlo otra persona de otra profesión autorizada por la autoridad sanitaria correspondiente.

El médico al firmarlo es el único responsable de su contenido.


Si la persona muere a causas naturales, se tiene que asentar las enfermedades que a su juicio clínico condujeron a la muerte.

Si la persona muere de forma violenta, o si no se tiene datos clínicos que lleguen a justificar su muerte se tiene que notificar a las autoridades judiciales correspondientes.

¿Qué debe de llevar el certificado de defunción?

- Datos de la persona fallecida.
- Las características de las personas a quien le corresponde el certificado.
- Los datos de la defunción.
- Datos detallados de la muerte, ya sea por causa natural, accidental o violenta.
- Los datos de la persona informante.
- Los datos del médico certificador.

Anexos

 <p>PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL</p>	<p>CENTRO DE ESTUDIOS SUPERIORES EN CIENCIAS JURIDICAS Y CRIMINOLOGICAS FISCALIA DESCONCENTRADA EN DELEGACIÓN CUAUHTÉMOC AVERIGUACIÓN PREVIA: FCUH/CUH1 /T2/00/14-01. LLAMADO: CUH- 000 ASUNTO: DICTAMEN PERICIAL DE CRIMINALÍSTICA. DELITO: HOMICIDIO POR DISPARO DE ARMA DE FUEGO.</p> <p><i>"2013 AÑO DE BELISARIO DOMINGUEZ"</i></p>
---	---

México, D.F. a 20 de Enero del 2016

**AL C. LIC. GABRIELA DURAN ACONO
C. AGENTE DEL MINISTERIO PUBLICO
ADSCRITO AL SEGUNDO TURNO
EN LA COORDINACIÓN TERRITORIAL CUH1
P R E S E N T E .**

El que suscribe, Perito en la especialidad de Criminalística de Campo, designado para intervenir en la Averiguación Previa al rubro citada, con el propósito de dar cumplimiento a lo solicitado, en mi carácter de perito oficial, comparezco y rindo el siguiente:

D I C T A M E N P E R I C I A L

Que fue requerida mi intervención con fundamento en los artículos 16, 21 y 122 Apartado D de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 3 fracción I, 9 bis fracción XIII, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 114, 140, 162, 163, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175 y 177 del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal; 1, 2 fracción I, 3 fracciones I, II y III, 23 fracción II, 25 y 26 de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal; 77 del Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal; 1, 2, 6, 10 y 25 fracción IV del Acuerdo número A/009/2015 del C. Procurador General de Justicia del Distrito Federal, por el que se establecen las bases y especificaciones para la atención y el servicio a la población, los procedimientos y la organización de las agencias del Ministerio Público, y el Acuerdo número A/009/2015 del C. Procurador General de Justicia del Distrito Federal, por el que se establecen instrucciones respecto a la preservación del lugar donde presumiblemente se cometió un hecho delictivo.

Siendo las 12:42 horas del día 4 de Diciembre del 2015, a solicitud del C. Agente Investigador del Ministerio Público de esta Agencia, nos ubicamos en el lugar de los hechos para realizar la presente investigación Criminalística donde solicita:

Lugar de los Hechos;
Av. Balderas esquina Chapultepec, Col. Centro, Del. Cuauhtémoc, C.P 06070
Diligencia Solicitada:
Búsqueda de Indicios en el Lugar de los Hechos y Levantamiento del Cadáver.

MÉTODOS EMPLEADOS:

- **Método Analítico.** Consiste en el procedimiento investigativo mediante el cual se pretende alcanzar el conocimiento de un hecho mediante la división de sus componentes.
 - **Método Sintético.** Es el procedimiento investigativo mediante el cual se busca el conocimiento de un hecho a partir de la revisión sistemática de sus elementos constitutivos.
 - **Método deductivo.** Es el procedimiento de investigación en el que se opera de manera lógica de lo universal a lo particular.
- Método inductivo.** Es el que se utiliza para acceder al conocimiento, y va de lo particular a lo general.



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Hoja 2017
FOLIO
17000001

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 GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE SUJETOS DELIBERADOS Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/> 30	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3 Otra <input type="radio"/> 4 → Especifique _____	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____	
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 completos _____ Se ignora <input type="radio"/> 9	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 1 Separado(a) <input type="radio"/> 2 Vuelto(a) <input type="radio"/> 3 Casado(a) <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 5 Soltero(a) <input type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 7	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivió el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 Nombre de la vivienda _____ 10.3 Num. Exterior _____ 10.4 Num. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.6 Nombre del asentamiento humano _____ 10.7 Código Postal _____ 10.8 Localidad _____ 10.9 Municipio o delegación _____ 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) _____	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 2 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 4 Tercera <input type="radio"/> 5 Superior <input type="radio"/> 6 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 10 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajo <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3 12.2 Ocupación _____ Se ignora <input type="radio"/> 30	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 4 Seguro Popular <input type="radio"/> 5 Otra <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 7 PEMEX <input type="radio"/> 8 SEMAR <input type="radio"/> 9 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 11 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 3 SEMAR <input type="radio"/> 4 Unidad médica privada <input type="radio"/> 5 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 6 ISSSTE <input type="radio"/> 7 SEDENA <input type="radio"/> 8 Otra unidad pública <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clase Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 12	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda _____ 15.2 Nombre de la vivienda _____ 15.3 Num. Exterior _____ 15.4 Num. 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 _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Este señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ PARTE II Otros estados patológicos, lesiones o estados patológicos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte 19.1 Causas antecedentes: Causas morbosas, si existiera alguna, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica 19.2 Causa básica: _____	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS 21.1 ¿Embarazada o en parto al momento de la muerte? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones graves del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.4 ¿Se practicó necropsia? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 4 22.2 ¿Cuándo es el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Vivienda colectiva (caso, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 2 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 3 Área deportiva <input type="radio"/> 4 Calle o caminata (vía pública) <input type="radio"/> 5 Área comercial o de recreo <input type="radio"/> 6 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 7 Campesino o rural <input type="radio"/> 8 Otro <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 10 22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Mensaje Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____	
23. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 34 AÑOS 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 4 23.2 ¿Cuándo es el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 3 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Vivienda colectiva (caso, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 2 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 3 Área deportiva <input type="radio"/> 4 Calle o caminata (vía pública) <input type="radio"/> 5 Área comercial o de recreo <input type="radio"/> 6 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 7 Campesino o rural <input type="radio"/> 8 Otro <input type="radio"/> 9 Se ignora <input type="radio"/> 10 23.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s): _____ 23.5 La defunción fue registrada en el Mensaje Público con el acta número: _____ 23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: _____	
24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A) _____ 24.1 Nombre del fallecido(a) _____ 24.2 Nombre de la viabilidad _____ 24.3 Num. Exterior _____ 24.4 Num. Interior _____ 24.5 Tipo de asentamiento humano _____ 24.6 Código Postal _____ 24.7 Localidad _____ 24.8 Municipio o delegación _____ 24.9 Entidad federativa _____	
25. CERTIFICADA POR Medico tratante <input type="radio"/> 1 Medico legista <input type="radio"/> 2 Otro medico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6 25.1 Nombre del certificador _____ 25.2 Si el certificador es medico: _____ 25.3 Nombre del certificador _____ 25.4 Primer Apellido _____ 25.5 Segundo Apellido _____ 25.6 Fecha de certificación: Día _____ Mes _____ Año _____ 25.7 Código Postal _____ 25.8 Localidad _____ 25.9 Municipio o delegación _____ 25.10 Entidad federativa _____ 25.11 Teléfono _____	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional: _____ 26.1 Nombre del certificador _____ 26.2 Primer Apellido _____ 26.3 Segundo Apellido _____ 26.4 Fecha de certificación: Día _____ Mes _____ Año _____ 26.5 Código Postal _____ 26.6 Localidad _____ 26.7 Municipio o delegación _____ 26.8 Entidad federativa _____ 26.9 Teléfono _____	
27. DOMICILIO Y TELÉFONO 27.1 Tipo de vivienda _____ 27.2 Nombre de la vivienda _____ 27.3 Num. Exterior _____ 27.4 Num. Interior _____ 27.5 Tipo de asentamiento humano _____ 27.6 Nombre del asentamiento humano _____ 27.7 Código Postal _____ 27.8 Localidad _____ 27.9 Municipio o delegación _____ 27.10 Entidad federativa _____	
28. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 29.1 Localidad _____ 29.2 Municipio o delegación _____ 29.3 Entidad federativa _____ 29.4 Día _____ Mes _____ Año _____ 29.5 Acta Num. _____ 29.6 Libro Num. _____ 29.7 Municipio o delegación _____ 29.8 Entidad federativa _____ 29.9 Día _____ Mes _____ Año _____	
30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad _____ 30.2 Municipio o delegación _____ 30.3 Entidad federativa _____ 30.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: EL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD