



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Materia: Medicina Forense

“Antología de actividades I°unidad”

Presenta. Gabriela Gpe Morales Argüello

Dr. Cancino Gordillo Gerardo

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez Chiapas 15/09/2021

Documentos médico legales



DICTAMEN MÉDICO

También conocido como informe propiamente dicho, informe pericial, experticia o pericia. Éste es un documento emitido por orden de autoridad judicial para que el perito lo ilustre acerca de aspectos médicos en hechos judiciales o administrativos.

Consta de las siguientes partes:

1. *Preámbulo*. Contiene el nombre, título y lugar de residencia del perito; autoridad judicial que solicita la pericia; tipo de asunto y nombre de las partes; objetivo del informe.
2. *Exposición*. Contiene la relación y descripción de objetos, personas o hechos acerca de los cuales debe informarse, descripción de las técnicas empleadas por el perito y de los resultados obtenidos.
3. *Discusión*. Es la evaluación mediante un razonamiento lógico y claro en el que se relacionan los elementos estudiados con las conclusiones a que se llega una vez efectuado el estudio.
4. *Conclusiones*. Deben sintetizar la opinión del perito, de modo concreto y breve y, si es posible, categórico también.
5. *Fórmula final*. Pueden utilizarse alguna de estas expresiones: “A la disposición del señor juez para cualquier información adicional que considere pertinente” o “Es cuanto puedo manifestar en cumplimiento de la misión que me ha sido recomendada”. La fórmula final incluye la firma del médico.

Documento emitido por orden de la autoridad judicial por medio del cual el perito ilustra aspectos médicos de hechos judiciales o administrativos. Es una opinión fundamentada que tiene como objetivos: apoyar, justificar y documentar un hecho o un diagnóstico, siguiendo la metodología necesaria para el caso particular. El perito rendirá su dictamen en forma objetiva, imparcial, concreta, precisa y clara, de forma que no deje dudas al juez o alguna

otra autoridad. En los peritajes la ley ordena que sean dos peritos los que intervengan en el acto, bastará uno cuando sólo éste pueda ser conseguido, o cuando haya urgencia o peligro de que desaparezcan las evidencias (Artículo 240 del Código de Procedimientos Penales del Estado de Nuevo León y Artículo 221 del Código Federal de Procedimientos Penales).

TIPOS DE DICTAMEN

Personas vivas:

- Lesiones.
- Toxicológicos.
- Mentales.
- Edad probable.
- Salud.
- Violencia sexual.
- Otros.

Objetos:

- Armas.
- Ropas.
- Vehículos.
- Identificación.
- Otros.
- Químicos.

Cadáver:

- Autopsia.
- Tiempo de muerte.
- Toxicológicos.
- Identificación.
- Recreación de los hechos.
- Otros.

Vegetales:

- Toxicológicos.
- Identificación.
- Otros.

Animales

- Enfermedades infectocontagiosas.
- Convivencia con el hombre.

EJEMPLO

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE COAHUILA

EJEMPLO DE DICTAMEN

Procuraduría General de justicia del Estado de Jalisco

Comisión Arbitraje Medico del Estado de Jalisco

Departamento de Medicina Forense

Asunto: Dictamen de responsabilidad Profesional

Guadalajara Jalisco viernes 21 de abril de 2006

A Quien Corresponda:

Aproximadamente a las 14.00 horas del domingo 16 de abril fue llevado un niño de 7 años de edad a recibir atención médica al Hospital General de Occidente, debido a un fuerte dolor de garganta, presentaba expectoración y tosía mucho. No había médico de base, el niño fue atendido por los residentes de pediatría en la guardia, ellos consideraron una intoxicación por agentes químicos, a pesar de que la madre les dijo que en la zona donde vivían había muchos alacranes y probablemente le había picado uno (organofosforados) para lo cual le realizaron un lavado de estómago y se le suministraron medicamentos no adecuados, aunque en el expediente se tuviera como diagnóstico diferencial la picadura de alacrán no fue hasta las 19:30 horas que un médico solicito que se le aplicara suero anti alacrán, sin embargo el niño empeoró y falleció a las 7:10 horas del 17 de abril de 2006. La autopsia reveló que se debió a choque anafiláctico debido a la picadura de alacrán.

Discusión

Los médicos residentes no actuaron como deberían, debido a que ignoraron los antecedentes de vivienda que les proporcionó la madre, Los médicos residentes pensaron en la picadura de alacrán como diagnóstico diferencial sin embargo no le prestaron la debida atención a pesar de ver que el niño no mostraba y actuaron en proceder al lavado estomacal aún sin tener datos de intoxicación de organofosforados.



DICTAMEN DE LESIONES

Previo: se emite de forma inicial, posterior a que suceden los hechos, se clasifican las lesiones de forma médico legal, estableciendo la gravedad de esta, el tiempo que requiere para sanar y consecuencias o secuelas. Se trata de un documento médico-legal, mediante el cual el

médico comunica a la autoridad judicial la atención que se presta a un paciente que presenta lesiones que puedan ser consecutivas de una falta o delito de lesiones.

Ejemplo: El médico cirujano que suscribe, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, perito médico forense (o la especialidad que se tenga) adscrito a NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENEZCA, hace constar: que habiendo examinado a NOMBRE DEL PACIENTE sobre las lesiones que presenta; encontró: que se trata de paciente SEXO Y EDAD DEL PACIENTE, el cual resultó politraumatizado al ser atropellado por vehículo de motor en movimiento, el día FECHA DE LOS HECHOS siendo trasladado al servicio de urgencias del hospital NOMBRE DEL HOSPITAL, encontrando a su ingreso que presenta pérdida de la conciencia, herida contusa de 4 cm en la región frontal en línea media, así como herida penetrante a ojo izquierdo afectando el contenido del mismo. Al examen de la cavidad oral se aprecia fractura de porción distal de incisivos centrales superiores. Presenta además deformidad, dolor y limitación funcional en miembro pélvico derecho. Se le solicitan estudios radiológicos y de RMN de cerebro, encontrándose lo siguiente: En la Resonancia Magnética se demuestra edema cerebral severo. Los estudios radiológicos de cráneo muestran una fractura lineal frontal a nivel de la línea media y los estudios radiológicos de miembros inferiores: Presentan una fractura de fémur derecho en su tercio medio. Se le practicó procedimiento quirúrgico en ojo izquierdo, encontrando herida penetrante escleral que afectó la mayoría de sus estructuras lo cual ameritó vaciamiento del mismo. Son lesiones que por su naturaleza sí ponen en peligro la vida y tardan más de quince días en sanar, ameritando además valoración odontológica. Deberá continuar bajo tratamiento médico hasta su alta definitiva.

Evolutivo: en este documento debe incluir la evolución clínica de las lesiones, ya sea de forma adecuada o inadecuada, solicitud de la autoridad competente se expedirán los dictámenes evolutivos que se requieran, va a procedido de un dictamen previo y se concreta a señaladas estrictamente en lo referente a la evolución de las lesiones señaladas.

Ejemplo: El médico cirujano que suscribe, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, perito médico, adscrito a NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENEZCA, hace constar: que habiendo examinado al NOMBRE DEL PACIENTE, sobre la evolución de las lesiones que sufriera, por así solicitarlo el ministerio público,

se encontró lo siguiente; que se trata de paciente SEXO Y EDAD, el cual tiene como antecedente de importancia haber resultado politraumatizado, presentando un traumatismo cráneo cerebral severo, así como herida penetrante corneal en ojo izquierdo, fractura de fémur, herida contusa en la cara y lesiones dentales. Actualmente con evolución adecuada de contusión craneana en proceso de resolución, ausencia de globo ocular izquierdo por enucleación del mismo, herida contusa en proceso de cicatrización y fractura de fémur bien consolidada comenzando etapa de rehabilitación, las lesiones dentales se encuentran bajo tratamiento odontológico.

Definitivo: este será emitido cuando las lesiones ya estén sanadas y se establece algún tipo de secuela o cicatriz permanente, también se emite cuando el afectado fallece.

Ejemplo: El médico cirujano que suscribe, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, perito médico, adscrito a NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENEZCA, hace constar: que habiendo examinado al C. Paciente referido para emitir posteriormente dictamen médico definitivo y establecer probables secuelas que dejarán sus lesiones por así solicitarlo el Juzgado Penal, se encontró lo siguiente: que se trata de paciente SEXO Y EDAD, el cual tiene como antecedente de importancia haber resultado politraumatizado, presentando un traumatismo cráneo cerebral severo, así como herida penetrante corneal en ojo izquierdo, fractura de fémur, herida contusa en la cara y lesiones dentales. Actualmente el paciente ha sanado de su traumatismo craneal estando neurológicamente íntegro, la herida contusa en cara dejó una cicatriz de 4 cm, la cual será visible y perpetua, la fractura de fémur consolidó adecuadamente terminando su programa de rehabilitación, no quedando secuelas motoras ni sensitivas, la herida en ojo izquierdo que ameritó enucleación dejará una amaurosis que dará una incapacidad parcial permanente para la visión estereoscópica o de relieve, las lesiones dentales no dejarán secuela.



CERTIFICADO MÉDICO

Documento que tiene como finalidad el decir solamente la verdad, a diferencia del dictamen en la cual opinión fundamentada que podría dar motivo muchas opiniones, pero el certificado no. Es un testimonio escrito que confirma que el solicitante posee los requisitos necesarios de aptitud para el ejercicio de una actividad específica.

El certificado médico consta de tres partes:

1. Preámbulo: donde se pone el nombre, el apellido del médico, matrícula profesional, día y hora de consulta, número de teléfono y domicilio.
2. Contenido: va a depender de qué se trate de acuerdo al certificado que se desea.
3. Firma: debe ser la misma con la que se registra ante el ministerio de salud pública.

Certificado Médico

El que suscribe _____, Médico Cirujano legalmente autorizado para ejercer su profesión.

Certifica

Que _____ habiendo practicado _____ reconocimiento médico a _____

_____ de sexo _____ de _____ años de edad. Se encuentra en _____ estado de salud por lo que se considera _____ para las actividades recreativas que desea el interesado.

TA: _____ FC: _____ FR: _____
TEMP: _____ PESO: _____ TALLA: _____

Alergias: _____

Enfermedades que padece y medicamentos que se administran

Grupo sanguíneo: _____ RH: _____

Se extiende el presente certificado para los fines que al interesado convengan, en el municipio de Puebla, Puebla a los días _____ del mes de _____ de 2014.

Nombre y firma del médico
del paciente
Cédula profesional _____

Nombre y firma



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Documento que da la constancia escrita de un fallecimiento, es expedido luego que el médico ha comprobado la muerte de la persona tanto así las causas de este suceso y queda relevado a la ubicación del secreto médico, éste es requerido cuando la persona que fallece después de haber nacido ya sea que viva minutos, horas, días, meses o años posteriores al nacimiento e incluso es utilizado para certificar la muerte intrauterina en mayores de SDG.

Los documentos de defunción fueron diseñados según las normas de la organización mundial de la salud con el fin que existiera compatibilidad con otros países; es extendido como primera instancia por el médico, pero cuando no existe uno como tal puede realizarlo una

persona ajena a la profesión, siempre y cuando sea autorizada por la autoridad sanitaria competente según el artículo 391.



**SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2014

FOLIO

14000001

*SILA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN.
 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 POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.



140000001

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	
2. CURP _____	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> _01_ Mujer <input type="radio"/> _02_ Se ignora <input type="radio"/> _99_
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> _01_ No <input type="radio"/> _02_ Se ignora <input type="radio"/> _09_	6. PESO _____ Kilogramos * Gramos _____
9. 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 Se ignora <input type="radio"/> _99_	7. TALLA _____ Metros * Centímetros _____
10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> _04_ Separado(a) <input type="radio"/> _03_ Divorciado(a) <input type="radio"/> _02_ Viudo(a) <input type="radio"/> _01_ Soltero(a) <input type="radio"/> _05_ Casado(a) <input type="radio"/> _06_ Se ignora <input type="radio"/> _99_	8. FECHA DE NACIMIENTO _____ Día _____ Mes _____ Año _____
11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivió el fallecido(a) 11.1 Calle y número _____ 11.2 Colonia _____ 11.3 Localidad _____ 11.4 Municipio o delegación _____ 11.5 Entidad federativa o país (si residió en el extranjero) _____	
12. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> _01_ Primaria incompleta <input type="radio"/> _02_ Secundaria incompleta <input type="radio"/> _04_ Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> _11_ Profesional <input type="radio"/> _07_ Se ignora <input type="radio"/> _99_	13. OCUPACIÓN HABITUAL 13.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> _01_ No <input type="radio"/> _02_ Se ignora <input type="radio"/> _09_
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> _01_ ISSSTE <input type="radio"/> _03_ SEDENA <input type="radio"/> _05_ Seguro Popular <input type="radio"/> _07_ Otra <input type="radio"/> _08_ IMSS <input type="radio"/> _02_ PEMEX <input type="radio"/> _04_ SEMAR <input type="radio"/> _06_ IMSS Oportunidades <input type="radio"/> _10_ Se ignora <input type="radio"/> _99_	14.1 Número de seguridad social o afiliación _____
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> _01_ IMSS <input type="radio"/> _03_ PEMEX <input type="radio"/> _05_ SEMAR <input type="radio"/> _07_ Unidad médica pública <input type="radio"/> _08_ Hogar <input type="radio"/> _11_ Se ignora <input type="radio"/> _99_	15.1 Nombre de la unidad médica _____
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 16.1 Calle y número _____ 16.2 Colonia _____ 16.3 Localidad _____ 16.4 Municipio o delegación _____ 16.5 Entidad federativa _____	15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> _01_ No <input type="radio"/> _02_ Se ignora <input type="radio"/> _09_
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote 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 (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo	19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> _01_ No <input type="radio"/> _02_
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 64 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> _01_ El parto <input type="radio"/> _02_ El puerperio <input type="radio"/> _03_ 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> _04_ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> _05_	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> _01_ No <input type="radio"/> _02_
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> _01_ Homicidio <input type="radio"/> _02_ Suicidio <input type="radio"/> _03_ Se ignora <input type="radio"/> _09_	23.2 ¿Cómo en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> _01_ No <input type="radio"/> _02_ Se ignora <input type="radio"/> _09_
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> _01_ Área deportiva <input type="radio"/> _03_ Violencia colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> _07_ Escuela u oficina pública <input type="radio"/> _02_ Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> _04_ Área comercial o de servicios <input type="radio"/> _05_ Se ignora <input type="radio"/> _09_	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a)? Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> _06_ Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> _07_ Otro <input type="radio"/> _08_ Se ignora <input type="radio"/> _09_
23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número _____ 23.7.2 Colonia _____ 23.7.3 Localidad _____ 23.7.4 Municipio o delegación _____ 23.7.5 Entidad federativa _____	23.5 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión _____
24. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____
26. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> _01_ Médico logista <input type="radio"/> _02_ Otro médico <input type="radio"/> _03_ Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> _04_ Autoridad civil <input type="radio"/> _05_ Otro <input type="radio"/> _08_	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____
28. NOMBRE Nombre(s) _____ Apellido paterno _____ Apellido materno _____	29. TELÉFONO _____
30. DOMICILIO _____	31. FIRMA _____
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____, Libro Núm. _____	32. FECHA DE CERTIFICACIÓN _____ Día _____ Mes _____ Año _____
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad _____ 34.2 Municipio o delegación _____ 34.3 Entidad federativa _____ 34.4 Día _____ Mes _____ Año _____	33.1 Acta Núm. _____

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD*

Bibliografía:

Ordóñez, M. A. (2014). Documentos médicoslegales. En M. A. Ordóñez, *Fundamentos de la medicina legal* (págs. 16-21). México, D.F: McGrawHill Education .