



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

“CERTIFICADOS DE DEFUNCIÓN”

MEDICINA FORENSE

DR:
KARINA ROMERO SOLORZANO

PRESENTA:
Andrea Montserrat Sánchez López

MEDICINA HUMANA

5° SEMESTRE

AGOSTO de 2021
Comitán de Domínguez, Chiapas



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

Modelo 2017
FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.
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.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Margarita Gómez Velazquez		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Distrito Federal	
2. FECHA DE NACIMIENTO 9/9/1991		3. SEXO Mujer <input checked="" type="radio"/> Hombres <input type="radio"/>	
5. CURP GDMVMB1610170105MILML1P011		6. ¿HABLABA LENGUA INDÍGENA? No <input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA 31 años		7. NACIONALIDAD Española <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorcedo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Calle Pitagoras 1255 4 Colonia Morelos 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Nombre de la localidad 10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano	
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"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
12. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>		12.1 Tratamiento Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. ¿MOTIVO DE DEFUNCIÓN? Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEXEM <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Otra <input checked="" type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación	
14. ¿MOTIVO DE DEFUNCIÓN? Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEXEM <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> Otra <input checked="" type="radio"/>		14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave (única de Establecimientos de Salud) (CLUES)	
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 11/10/2021 11:43		17. ¿FUE ATENDIDA MEDICAMENTE ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) a) Choque hipovolémico grado III Debido a (o como consecuencia de) Hematemesis b) Varices esofágicas grado IV Debido a (o como consecuencia de) Cirrosis hepática c) Hepatitis C		18.1 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 2 horas 4 horas 2 meses 3 años 10 años	
19. ¿FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA? Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CE:	
21. ¿FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA? ESPECIFIQUE: 21.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> homicidio <input type="radio"/> suicidio <input type="radio"/> se ignora <input type="radio"/> 21.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? 21.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad profesional? 21.4 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad económica? 21.5 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad social? 21.6 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad recreativa? 21.7 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad doméstica? 21.8 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad comunitaria? 21.9 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad cívica? 21.10 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad religiosa? 21.11 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad artística? 21.12 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad científica? 21.13 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad profesional? 21.14 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad económica? 21.15 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad social? 21.16 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad recreativa? 21.17 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad doméstica? 21.18 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad comunitaria? 21.19 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad cívica? 21.20 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad religiosa? 21.21 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad artística? 21.22 ¿Ocurrió en el desempeño de su actividad científica?		22. ¿FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA? Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22. ¿FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA? Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23. ¿FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA? Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
23. NOMBRE: Rosa Velazquez Pérez		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Madre	
25. CERTIFICADA 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. ¿EL CERTIFICANTE ES MÉDICO? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/>	
27. NOMBRE: Andrea Montserrat Sánchez López		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO Calle 46 Barrio Cívico Grande 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		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 13/10/2021 30.1 Municipio o delegación 30.2 Localidad 30.3 Teléfono 30.4 Día 30.5 Mes 30.6 Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad	

