



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

Materia: Medicina forense

Dra. Karina Romero Solorzano

Certificado de defunción

Alumna: Guadalupe Elizabeth González González

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez Chiapas a 25/08/2021.

PACIENTE FEMENINA ARQUITECTA DE 31 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA A SALA DE URGENCIAS POR PRESENTAR CHOQUE HIPOVOLEMICO GRADO IV DE DOS HORAS DE EVOLUCION, SECUNDARIO A SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO DE 4 HORAS DE EVOLUCION (HEMATEMESIS); SECUNDARIO A VARICES ESOFAGICAS GRADO IV DE 2 MESES DE DIAGNOSTICO SECUNDARIO A CIRROSIS HEPATICA DIAGNOSTICADA HACE 3 AÑOS SECUNDARIA A HEPATITIS C DE 10 AÑOS DE DIAGNOSTICO; CAE EN PARO CARDIORESPIRATORIO SE REALIZA REANIMACION CARDIOPULMONAR CON MANEJO DE LA VIA AEREA AVANZADA, SIN EMBARGO PACIENTE NO RESPONDE DANDO HORA DE FALLECIMIENTO 2:30 PM DEL DIA 11 DE AGOSTO DE 2021.

INFORMANTE: ROSA VELAZQUEZ PEREZ (MADRE)





SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO
00000000

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO


DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <u>Marganita Velazquez Gomez</u>		
	2. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input checked="" type="radio"/>	3. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	4. FECHA DE NACIMIENTO <u>05/10/21/99</u>
	5. EDADES CUMPLIDAS Para personas de 15 años o más: <u>13</u> años	6. CURP DEL FALLECIDO(A) <u>LGONM1810107015MCLMLRDL</u>	
	7. ESTADO CIVIL Soltero <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> De nuevo <input checked="" type="radio"/>	8. RESIDENCIA HABITUAL Ave. el Ejército (previamente conde una al fallecido) <u>C. Pitagoras 1253 Int. 4</u>	
	9. OCUPACION HABITUAL <u>Arquitecta</u>	10. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria incompleta (de 1 a 3 grados) <input type="radio"/> Primaria completa <input type="radio"/> Secundaria incompleta <input type="radio"/> Secundaria completa <input type="radio"/> Bachillerato o equivalente <input type="radio"/> Universitario <input checked="" type="radio"/> Doctorado <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	
	11. INSTITUCION DE DERECHAMBIENCIA Ninguna <input type="radio"/> AMO <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SECCNA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Seguro Popular <input checked="" type="radio"/> Otro <input type="radio"/>	12. NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACION <u>13125141317214112141M1414161M1V1</u>	
	13. LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Mueve con uno "0" al lugar donde se realizó el fallecimiento. Si está marcado en lugar diferente a los marcados en las opciones, selecciona la opción "Otro lugar" (72). Previamente programa 14 el domicilio.		
	14. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN <u>San Sebastian Novena Calle Sur Oriente</u> <u>San Comitan</u> (Código) o Ciudad <u>Chiapas</u>		
	15. FECHA DE LA DEFUNCIÓN 15 1 HOBA DE LA DEFUNCIÓN <u>11/10/2021</u> <u>14:43:00</u>		
	16. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN PART I Enfermedad, lesión o estado patológico que provocó la muerte (especificar) <u>Choque hipovolemico grado IV</u> Causas antecedentes (Especificar enfermedad o estado patológico que provocó la muerte con diagnóstico específico en caso de haberse realizado) <u>Sanitario de tubo digestivo alto</u> <u>Varices esofagicas grado IV</u> PART II Otra entidad patológica, lesión o estado patológico que provocó la muerte (especificar) <u>Cirrosis hepatica</u> <u>Hepatitis C</u>		
17. SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>			
18. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Especificar para código ICD-10			
19. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE: Embarazo <input type="radio"/> Parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 0-40 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada durante los 11 meses previos al fallecimiento <input checked="" type="radio"/>			
20. ¿LAS CAUSAS ANTERIORES FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
21. ¿LAS CAUSAS ANTERIORES FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
22. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue accidental: Accidental <input type="radio"/> Intencional <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 22.3 Lugar donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Institución residencial <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Área industrial (tráfico, talleres, etc.) <input type="radio"/> 22.4 ¿Vivienda familiar? (Si prescrito, especificar en "Otros" del fallecido) Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 22.5 ¿Vivienda familiar? (Si prescrito, especificar en "Otros" del fallecido) Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
23. ¿FUE REGISTRADO EN EL MONITOREO PUEBLERO EN SU ÁREA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
24. DATOS DEL INFORMANTE 24.1 Nombre: <u>Rosa Velazquez Perez</u> 24.2 Parentesco con el fallecido: <u>Madre</u>			
25. CERTIFICADA POR: Médico <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>			
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>35354738</u> Número de la cédula profesional			
27. DATOS DEL CERTIFICANTE 27.1 Nombre y Firma: <u>Gonzalo Eliodoro Gonzalez Gonzalez</u> 27.2 Dirección y Teléfono: <u>Carretera Comarción s/n</u>			
28. FECHA DE CERTIFICACIÓN <u>11/10/2021</u>			
29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO 30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad: _____ 30.2 Municipio: _____ 30.3 Estado: _____ 30.4 Día Mes Año: _____			
29.1 Año Muerto: _____			

ENTREGUE EL ORIGINAL Y LAS DOS COPIAS AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTARÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

2. PACIENTE MASCULINO CARPINTERO ESCOLARIDAD 3º PRIMARIA; CON ANTECEDENTES DE SER DIABETICO TIPO 2 E HIPERTENSO; QUIEN INGRESA A SALA DE MEDICINA INTERNA HACE DOS DIAS CON DIAGNOSTICO DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO DE 48 HORAS DE EVOLUCION, YA CON TRATAMIENTO SIN EMBARGO PACIENTE CON HIPOTENSION, DIAFORESIS, MAL ESTADO GENERAL CAE EN CHOQUE CARDIOGENICO HACE 3 HORAS Y POSTERIOR PARO CARDIACO SE REALIZAN MANIOBRAS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR AVANZADA, SE INTUBA SIN EMBARGO NO RESPONDE DANDO HORA DE FALLECIMIENTO 9:00 PM DEL DIA 9 JULIO 2016.

INFORMANTE: ENRIQUE HERNANDEZ HERNANDEZ (TIO)

 **INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL**
REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
LUNA
HERNANDEZ
HERNAN

EDAD 30
SEXO H

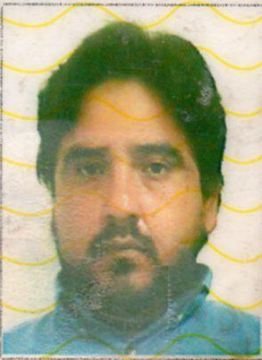
DOMICILIO
C TAMAULIPAS 211 PTE
ZONA CENTRO 89000
TAMPICO ,TAMPS.

FOLIO 047607174 AÑO DE REGISTRO 1991 01

CLAVE DE ELECTOR LNHRHR72012011H800

ESTADO 28 DISTRITO

MUNICIPIO 038 LOCALIDAD 0001 SECCION 1458





SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO
00000000

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Hernan Hernandez Luna		2. SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>		3. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> Capatzena <input type="checkbox"/>		4. FECHA DE NACIMIENTO 11/11/1961	
5. EDAD CUMPLIDA 31 años		6. CURP DEL FALLECIDO(A) LNIH48437102118141132121011		7. ESTADO CIVIL Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> De unión libre <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> De ignora <input type="checkbox"/>		8. RESIDENCIA HABITUAL C. Tamulias 21 etc Tamulias, Tamps	
9. OCUPACION HABITUAL Carpintero		10. ESCOLARIDAD Ninguna <input checked="" type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>		11. INSTITUCIÓN DE DERECHAMBIENCIA MEXIA <input type="checkbox"/> ISSSTE <input type="checkbox"/> PEMEX <input type="checkbox"/> SEDENA <input type="checkbox"/> SEMAR <input type="checkbox"/> IMSS <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> De ignora <input type="checkbox"/>		12. NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN 4126142161012111314111914161111	
13. CAUSAS DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Murió en su hogar debido a un infarto de miocardio. Se le realizó un chequeo médico a las 12:00 horas en su domicilio, se le dio un medicamento y se le dio un chequeo médico a las 12:00 horas.		14. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Novena calle Sur Oriente San Sebastian Comitán Chiapas		15. FECHA DE LA DEFUNCIÓN 10/10/2016		16. HORA DE LA DEFUNCIÓN 12:10:00	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		18. ¿FUE PRÁCTICO NECROPSIAT? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN PART I Entendimiento, lesión o estado patológico que produjo la muerte definitiva: a) Accidente cerebrovascular isquémico b) Choque cardiogénico c) Infarto Agudo al miocardio PART II Otras causas patológicas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con el entendimiento o estado patológico que le produjo: Diabetes Mellitus tipo 2 Hipertenso		Indicando aproximadamente el tiempo que se efectuaron y la recuento 2h 3h 48h 10 años 10 años	
20. ¿LA DEFUNCIÓN OCURRIÓ A UNA MUJER EN ESTADO PARTO? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		21. ¿LAS CAUSAS ANOTAADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		22. ¿LAS CAUSAS ANOTAADAS COMPLICACION DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		23. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENCIA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un accidente: a) Intencional <input type="checkbox"/> b) No intencional <input checked="" type="checkbox"/> 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 23.3 Lugar donde ocurrió la lesión: a) Trabajo particular <input type="checkbox"/> b) Instalación residencial <input type="checkbox"/> c) Casaca u oficina pública <input type="checkbox"/> d) Área deportiva <input type="checkbox"/> e) Calle o carretera (no pública) <input type="checkbox"/> f) Área comercial o de servicios <input type="checkbox"/> g) Otro <input type="checkbox"/> h) De ignora <input type="checkbox"/> 23.4 ¿Fue un accidente de tránsito? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 23.5 La defunción fue reportada en el momento público de su muerte: Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 23.6 ¿Concidió la muerte con la suspensión, interrupción o receso de las actividades laborales? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
24. DATOS DEL INFORMANTE 24.1 Nombre: Enrique Hernandez Hernandez		25. ¿EL CERTIFICANTE ES MÉDICO? Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		26. FECHA DE CERTIFICACIÓN 10/10/2016		27. ¿LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
28. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 28.1 Localidad: 28.2 Municipio: 28.3 Estado: 28.4 Día Mes Año:		29. ¿LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>		30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad: 30.2 Municipio: 30.3 Estado: 30.4 Día Mes Año:		31. Año Mes Día:	

ENTREGUE EL ORIGINAL Y LAS DOS COPIAS AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

FOR DATA PROPRIETARY ESTARAN PROTEGIDOS POR DERECHOS DE LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA