

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Licenciatura en Medicina Humana

Materia: Medicina Forense

Tema: llenado de certificado de defunción

Docente: Dra. Karina Romero Solorzano

Alumna: Vanessa Estefanía Vázquez Calvo

Semestre y grupo: 5 B

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 25 de

agosto 2021.



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Módulo 2017
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL Y 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 Gomez Velazquez		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 01 Mujer <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Distrito Federal	
2. FECHA DE NACIMIENTO 05 07 1990		5. CURP GIMVLMR8007501M100		6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03	
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: 31		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 04 Separado(a) <input type="radio"/> 05 Vuelto(a) <input type="radio"/> 06 Casado(a) <input type="radio"/> 03 Divorciado(a) <input type="radio"/> 02 Soltero(a) <input type="radio"/> 01 Se ignora <input type="radio"/> 09		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 01 Otra <input type="radio"/> 02 → Especifique: _____	
10. RESIDENCIA HABITUAL Ante el domicilio permanente donde vivió el fallecido (a): 10.1 Tipo de vivienda: Calle 10.2 Nombre de la vivienda: Pitagoras 10.3 Núm. Exterior: 1253 10.4 Núm. Interior: 4 10.5 Tipo de asentamiento humano: Colonia 10.6 Nombre del asentamiento humano: Morelos 10.7 Código Postal: 048000 10.8 Localidad: Guajimalpa 10.9 Municipio o delegación: Guajimalpa de H. 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero): Distrito Federal		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 01 Preescolar <input type="radio"/> 02 Primaria <input type="radio"/> 03 Secundaria <input type="radio"/> 04 Bachillerato <input type="radio"/> 07 Profesional <input type="radio"/> 08 Posgrado <input type="radio"/> 09 Se ignora <input type="radio"/> 99		12. OCUPACIÓN HABITUAL 11.1 La escolaridad seleccionada es: Arquitecta Si <input type="radio"/> 01 Incompleta <input type="radio"/> 02 12.1 Trabajó: Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 02 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 06 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 01 IMSS <input type="radio"/> 03 PEMEX <input type="radio"/> 04 SEMAR <input type="radio"/> 07 Hospital general "María I. G" IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 02 ISSSTE <input type="radio"/> 04 SEDENA <input type="radio"/> 08 Otra unidad <input type="radio"/> 09 Unidad médica privada <input type="radio"/> 09		15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 14.1 Nombre de la unidad médica: _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES): _____ 15.1 Tipo de vivienda: 19A calle sur ote. 15.2 Nombre de la vivienda: _____ 15.3 Núm. Exterior: 77 15.4 Núm. Interior: Barrío 15.5 Tipo de asentamiento humano: San Sebastian 15.6 Nombre del asentamiento humano: comitan de D. Chiapas 15.7 Código Postal: 310029 15.8 Localidad: comitan de D. 15.9 Municipio o delegación: Chiapas 15.10 Entidad federativa: _____	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Año: 2021 Mes: 08 Día: 21 Horas: 10 Minutos: 23 Segundos: 01		17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 01 No <input checked="" type="radio"/> 02	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) Choque hipovolemico grado III 2 hrs Debido a (o como consecuencia de): b) Varices esofágicas grado IV 2 meses Debido a (o como consecuencia de): c) Cirrosis hepática 3 años Debido a (o como consecuencia de): d) Hepatitis C 10 años		Intervento aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Código CIE: _____		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"/> 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. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 01 Homicidio <input type="radio"/> 02 Suicidio <input type="radio"/> 03 Se ignora <input type="radio"/> 09 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Sitio donde ocurrió la lesión: _____ 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 01 No <input type="radio"/> 02 Se ignora <input type="radio"/> 03 23.3 Área donde ocurrió la lesión: Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 06 Vivienda particular <input type="radio"/> 07 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 08 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 09 Área deportiva <input type="radio"/> 01 Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 02 Calle o caminata (vía pública) <input type="radio"/> 03 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 04 Otro <input type="radio"/> 05 Se ignora <input type="radio"/> 09	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio 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: _____		22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con ella (fallecido/a): _____	
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: _____		22.7.11 Entidad federativa: _____		22.7.12 Entidad federativa: _____	
23. NOMBRE: Rosa Velazquez Pérez		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): Madre			
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> 01 Médico legista <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"/> 06		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional: _____		28. FIRMA: _____	
27. NOMBRE: _____		29. DOMICILIO Y TELÉFONO: 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: _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano: _____ 29.7 Código Postal: _____ 29.8 Localidad: _____ 29.9 Municipio o delegación: _____ 29.10 Entidad federativa: _____ 29.11 Teléfono: _____		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: Día: _____ Mes: _____ Año: _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. _____ Libro Núm. _____		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad: _____ 32.2 Municipio o delegación: _____ 32.3 Entidad federativa: _____ 32.4 Día: _____ 32.5 Mes: _____ 32.6 Año: _____		33. ENTIDAD FEDERATIVA: _____	



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 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) Hernan Luna Hernandez <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>	
2. FECHA DE NACIMIENTO 20011972 <small>Día Mes Año</small>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Tamaulipas <small>Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)</small>	
5. CURP LINHRHR720120711H800 <small>Se ignora <input type="radio"/></small>	
6. EDAD CUMPLIDA 49 años cumplidos <small>Para menores de 28 días anote: Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para menores de un año o más</small>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Americana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Calle Tamaulipas pte. Zona Centro 211 <small>10.1 Tipo de vialidad 10.2 Número de la vialidad</small>	
10.3 Núm. Exterior 84000 10.4 Núm. Interior Tampico 10.5 Tipo de asentamiento humano Tampico 10.6 Nombre del asentamiento humano Tamaulipas <small>10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)</small>	
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 type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL Carpintero <small>11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input checked="" type="radio"/> 12.1 Trabajador/a Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se 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"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospital General "Maria I G" <small>14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</small>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 4A calle sur oriente Barrio San Sebastian 11 <small>15.1 Tipo de vialidad 15.2 Nombre de la vialidad 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</small>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 10/9/2020 16:09 <small>Día Mes Año Horas Minutos</small>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIONES ANTES DE LA MUERTE? Si <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) a) choque cardiogenico b) Infarto Agudo al miocardio c) Diabetes tipo 2 d) Hipertension Arterial <small>Debido a (o como consecuencia de)</small>	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 18 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"/> Se ignora <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> Se ignora <input 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? Si <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"/> Vivienda colectiva (caso, ornato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o pública <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
22.4 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u otra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <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 motivo 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 vialidad _____ 22.7.2 Nombre de la vialidad _____	
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 Enrique Hernandez Hernandez <small>Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido</small>	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) Tío	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input 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"/> *Especifique _____	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
27. NOMBRE _____ 28. FIRMA _____	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vialidad _____ 29.2 Nombre de la vialidad _____ 29.3 Núm. Exterior _____ 29.4 Núm. Interior _____ 29.5 Tipo de asentamiento humano _____ 29.6 Nombre del asentamiento humano _____ 29.7 Código Postal _____ 29.8 Localidad _____ 29.9 Municipio o delegación _____ 29.10 Entidad federativa _____ 29.11 Teléfono _____	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO 31.1 Acta Núm. _____ 31.2 Lugar y fecha de registro 31.3 Localidad _____ 31.4 Municipio o delegación _____ 31.5 Entidad federativa _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ 32.5 Mes _____ 32.6 Año _____	