

# UNIVERSIDAD DEL SURESTE ESCUELA DE MEDICINA

## **MATERIA:**

Medicina Forense

## **CATEDRÁTICO:**

Dr. Gerardo Cancino Gordillo

## **PRESENTA:**

Estefany Berenice García Ángeles

## **TRABAJO:**

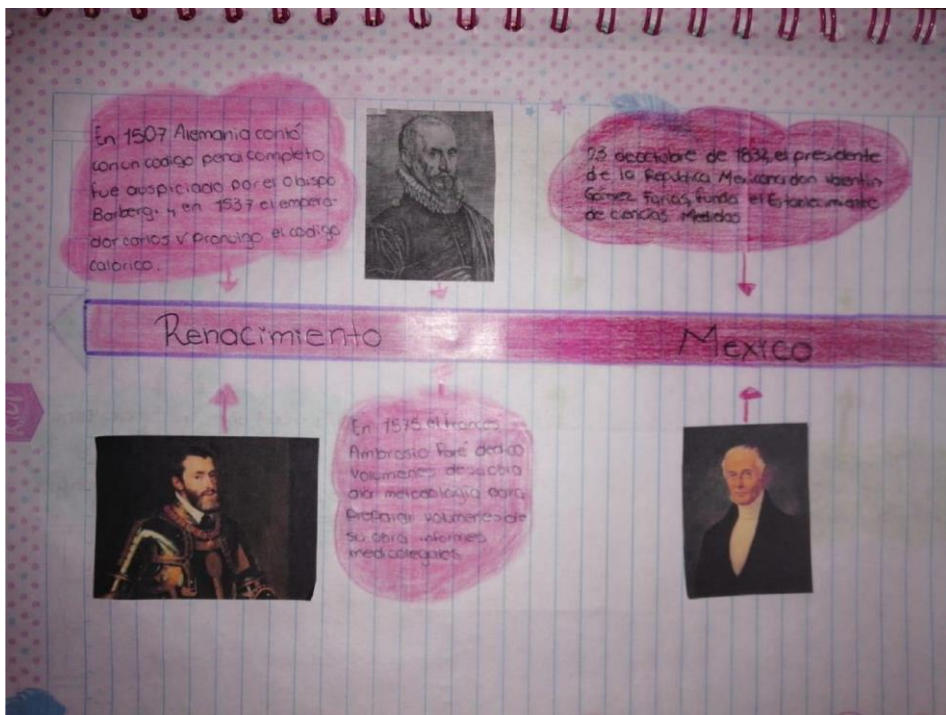
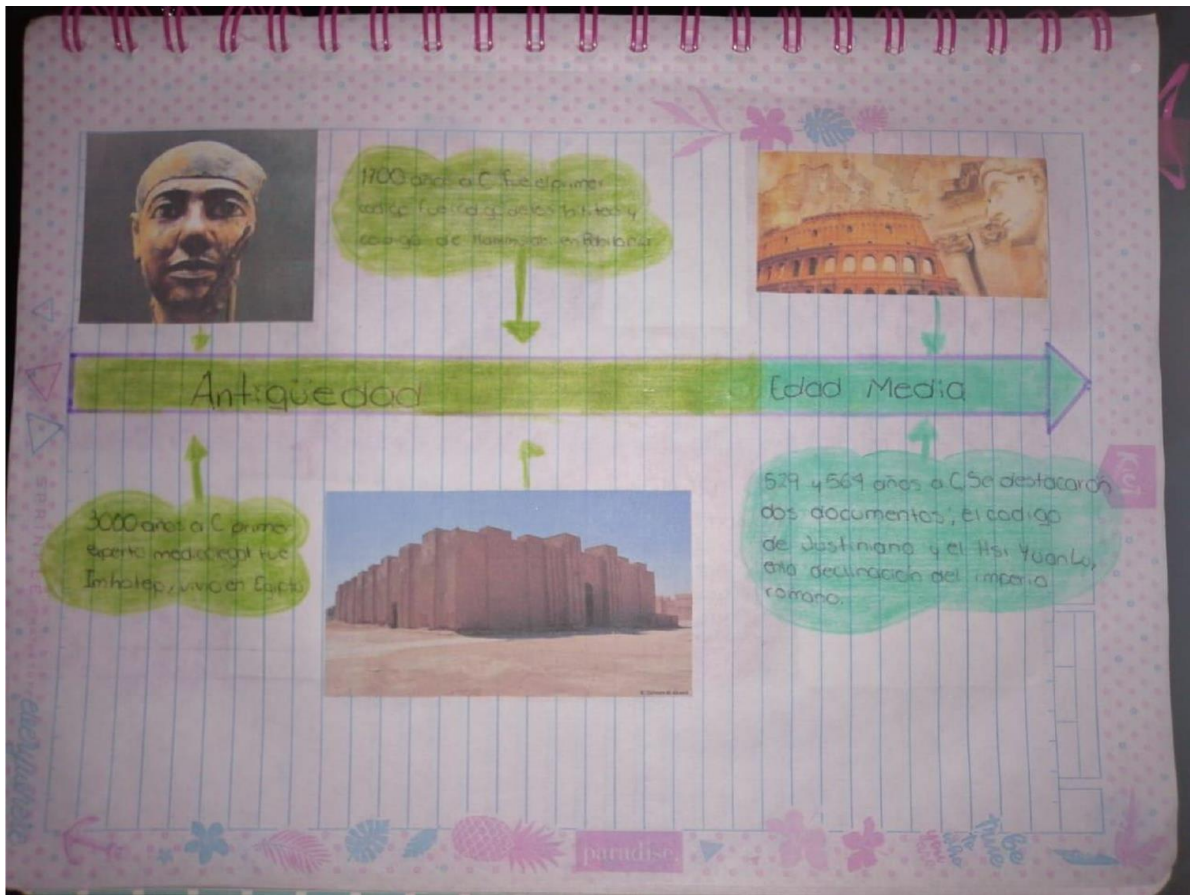
Trabajos y actividades

## **GRADO Y GRUPO:**

4 ° B

## **LUGAR Y FECHA:**

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ, CHIAPAS. 12 DE SEPTIEMBRE DEL 2021





1818-1879 Luis Alvarado  
 Luis Alvarado fue el primer  
 profesor de medicina en  
 fundar la primera  
 escuela de medicina  
 en México.

1877 el profesor Luis  
 Alvarado y Carlos Escobar  
 Obros, introducción de la medicina legal  
 medicina y el comercio de medicina  
 legal en las acciones del doctor  
 Gerardo Ruiz Sandoval en la facultad  
 de medicina.

# Mexico

27 de noviembre de 1835  
 El primer médico Agustín  
 Apellániz nombrado profesor de  
 la medicina legal.





# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FORMA 001  
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEER LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA A LA UNIDAD REGISTRAL CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.  
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSMISIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSIBILIDAD DE LOS MANEJADORES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO <b>Margarita Gomez Velasco</b>		2. FECHA DE NACIMIENTO <b>01/01/1987</b>		3. SEXO <b>M</b>		4. ESTADO DE NACIMIENTO <b>Quintana Roo de México</b>	
5. C.I.P. <b>GOVHBO0703MCLM1R01</b>		6. LUGAR DE NACIMIENTO <b>San Felipe</b>		7. PAIS DE NACIMIENTO <b>México</b>		8. CATEGORÍA DE NACIMIENTO <b>Regular</b>	
9. EDAD <b>37 años</b>		10. SEXO <b>M</b>		11. PAIS DE NACIMIENTO <b>México</b>		12. CATEGORÍA DE NACIMIENTO <b>Regular</b>	
13. RESERVA DE DEFUNCIÓN <b>109800</b>		14. TIPO DE DEFUNCIÓN <b>10.1</b>		15. TIPO DE DEFUNCIÓN <b>10.2</b>		16. TIPO DE DEFUNCIÓN <b>10.3</b>	
17. CIRCUNSTANCIAS <b>10.1</b>		18. CIRCUNSTANCIAS <b>10.2</b>		19. CIRCUNSTANCIAS <b>10.3</b>		20. CIRCUNSTANCIAS <b>10.4</b>	
21. CIRCUNSTANCIAS <b>10.5</b>		22. CIRCUNSTANCIAS <b>10.6</b>		23. CIRCUNSTANCIAS <b>10.7</b>		24. CIRCUNSTANCIAS <b>10.8</b>	
25. CIRCUNSTANCIAS <b>10.9</b>		26. CIRCUNSTANCIAS <b>10.10</b>		27. CIRCUNSTANCIAS <b>10.11</b>		28. CIRCUNSTANCIAS <b>10.12</b>	
29. CIRCUNSTANCIAS <b>10.13</b>		30. CIRCUNSTANCIAS <b>10.14</b>		31. CIRCUNSTANCIAS <b>10.15</b>		32. CIRCUNSTANCIAS <b>10.16</b>	
33. CIRCUNSTANCIAS <b>10.17</b>		34. CIRCUNSTANCIAS <b>10.18</b>		35. CIRCUNSTANCIAS <b>10.19</b>		36. CIRCUNSTANCIAS <b>10.20</b>	
37. CIRCUNSTANCIAS <b>10.21</b>		38. CIRCUNSTANCIAS <b>10.22</b>		39. CIRCUNSTANCIAS <b>10.23</b>		40. CIRCUNSTANCIAS <b>10.24</b>	
41. CIRCUNSTANCIAS <b>10.25</b>		42. CIRCUNSTANCIAS <b>10.26</b>		43. CIRCUNSTANCIAS <b>10.27</b>		44. CIRCUNSTANCIAS <b>10.28</b>	
45. CIRCUNSTANCIAS <b>10.29</b>		46. CIRCUNSTANCIAS <b>10.30</b>		47. CIRCUNSTANCIAS <b>10.31</b>		48. CIRCUNSTANCIAS <b>10.32</b>	
49. CIRCUNSTANCIAS <b>10.33</b>		50. CIRCUNSTANCIAS <b>10.34</b>		51. CIRCUNSTANCIAS <b>10.35</b>		52. CIRCUNSTANCIAS <b>10.36</b>	
53. CIRCUNSTANCIAS <b>10.37</b>		54. CIRCUNSTANCIAS <b>10.38</b>		55. CIRCUNSTANCIAS <b>10.39</b>		56. CIRCUNSTANCIAS <b>10.40</b>	
57. CIRCUNSTANCIAS <b>10.41</b>		58. CIRCUNSTANCIAS <b>10.42</b>		59. CIRCUNSTANCIAS <b>10.43</b>		60. CIRCUNSTANCIAS <b>10.44</b>	
61. CIRCUNSTANCIAS <b>10.45</b>		62. CIRCUNSTANCIAS <b>10.46</b>		63. CIRCUNSTANCIAS <b>10.47</b>		64. CIRCUNSTANCIAS <b>10.48</b>	
65. CIRCUNSTANCIAS <b>10.49</b>		66. CIRCUNSTANCIAS <b>10.50</b>		67. CIRCUNSTANCIAS <b>10.51</b>		68. CIRCUNSTANCIAS <b>10.52</b>	
69. CIRCUNSTANCIAS <b>10.53</b>		70. CIRCUNSTANCIAS <b>10.54</b>		71. CIRCUNSTANCIAS <b>10.55</b>		72. CIRCUNSTANCIAS <b>10.56</b>	
73. CIRCUNSTANCIAS <b>10.57</b>		74. CIRCUNSTANCIAS <b>10.58</b>		75. CIRCUNSTANCIAS <b>10.59</b>		76. CIRCUNSTANCIAS <b>10.60</b>	
77. CIRCUNSTANCIAS <b>10.61</b>		78. CIRCUNSTANCIAS <b>10.62</b>		79. CIRCUNSTANCIAS <b>10.63</b>		80. CIRCUNSTANCIAS <b>10.64</b>	
81. CIRCUNSTANCIAS <b>10.65</b>		82. CIRCUNSTANCIAS <b>10.66</b>		83. CIRCUNSTANCIAS <b>10.67</b>		84. CIRCUNSTANCIAS <b>10.68</b>	
85. CIRCUNSTANCIAS <b>10.69</b>		86. CIRCUNSTANCIAS <b>10.70</b>		87. CIRCUNSTANCIAS <b>10.71</b>		88. CIRCUNSTANCIAS <b>10.72</b>	
89. CIRCUNSTANCIAS <b>10.73</b>		90. CIRCUNSTANCIAS <b>10.74</b>		91. CIRCUNSTANCIAS <b>10.75</b>		92. CIRCUNSTANCIAS <b>10.76</b>	
93. CIRCUNSTANCIAS <b>10.77</b>		94. CIRCUNSTANCIAS <b>10.78</b>		95. CIRCUNSTANCIAS <b>10.79</b>		96. CIRCUNSTANCIAS <b>10.80</b>	
97. CIRCUNSTANCIAS <b>10.81</b>		98. CIRCUNSTANCIAS <b>10.82</b>		99. CIRCUNSTANCIAS <b>10.83</b>		100. CIRCUNSTANCIAS <b>10.84</b>	
101. CIRCUNSTANCIAS <b>10.85</b>		102. CIRCUNSTANCIAS <b>10.86</b>		103. CIRCUNSTANCIAS <b>10.87</b>		104. CIRCUNSTANCIAS <b>10.88</b>	
105. CIRCUNSTANCIAS <b>10.89</b>		106. CIRCUNSTANCIAS <b>10.90</b>		107. CIRCUNSTANCIAS <b>10.91</b>		108. CIRCUNSTANCIAS <b>10.92</b>	
109. CIRCUNSTANCIAS <b>10.93</b>		110. CIRCUNSTANCIAS <b>10.94</b>		111. CIRCUNSTANCIAS <b>10.95</b>		112. CIRCUNSTANCIAS <b>10.96</b>	
113. CIRCUNSTANCIAS <b>10.97</b>		114. CIRCUNSTANCIAS <b>10.98</b>		115. CIRCUNSTANCIAS <b>10.99</b>		116. CIRCUNSTANCIAS <b>10.100</b>	

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

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA A LA UNIDAD REGISTRAL CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN.  
LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSMISIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSIBILIDAD DE LOS MANEJADORES.



¿Cuáles son los objetivos de la diligencia?

- Estimar el intervalo post mortem
- Determinar el modo, mecanismo y forma de muerte
- Comprobar la forma de la muerte.

¿Cuáles son los tres elementos de intercambio de locard?

- \* Víctima
- \* Escena de crimen
- \* Sospechoso

¿Que personal accede a la diligencia o levantamiento de cadáver?

Profesiona:

- \* Profesionales de las ciencias forenses
- \* Médico legista
- \* Técnico en necropsias
- \* Peritos para fotografías y gráficos
- \* Secretarios
- \* Técnico en criminalística

¿Cuáles son los tres perímetros aplicados en el lugar de los hechos?

- \* Perímetro externo: por la cantidad de personas que quiere obtener información o alterar la escena
- \* Perímetro intermedio: Este es únicamente para personas que estén con relación al caso
- \* Perímetro interno: solo pueden ingresar investigadores para recoger evidencias o propiamente el cadáver.

## DICTAMEN MEDICO

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).

El falsear declaraciones en los peritajes constituye delito previsto por el Código Penal Federal vigente.

Dentro de los tipos de dictámenes se encuentran:

Personas vivas:

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

Cadáver:

- Autopsia.
- Tiempo de muerte.
- Toxicológicos.

- Identificación.
- Recreación de los hechos.
- Otros.

Objetos:

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

Vegetales:

- Químicos.
- Toxicológicos.
- Identificación.
- Otros.

Animales:

- Enfermedades infectocontagiosas.
- Convivencia con el hombre.

Además de los apartados comunes con cualquier informe médico, en el que se valora a un paciente (datos de filiación, antecedentes personales, motivo de consulta, exploraciones clínicas practicadas, pruebas complementarias que se disponen etc.) el Dictamen debe contener o hacer referencia a los siguientes apartados y aspectos:

Se debe comenzar con un Juramento o promesa del Perito de que se va a decir la verdad, de que se va actuar con la mayor objetividad y que se es conocedor de las sanciones penales en las que se incurriría por incumplimiento de los deberes como perito según la Ley de Enjuiciamiento Criminal según el artículo 335.2

Resulta buena práctica exponer lo que le ha sido reconocido al paciente por el Equipo Médico de Valoración de Incapacidades (EVI), al objeto de complementarlo con nuestro informe o desvirtuarlo según el caso.



El informe debe recoger todos los diagnósticos, enfermedades, lesiones que afectan al trabajador, además de la fibromialgia o síndrome de fatiga crónica. Si a la paciente se la ha seguido, conviene reflejar en el informe las citas realizadas y la evolución, pues a diferencia del médico evaluador de los Tribunales de Incapacidades, estos tan solo realizan en la paciente una visita puntual con o sin reconocimiento. Se valorara el estado físico de la persona afectada, valorando el daño estructural, las lesiones y limitaciones, correlacionando con la profesión del trabajador o distintas categorías profesionales.

Es necesario definir la aptitud laboral del trabajador, preceptuar la adecuación del entorno laboral a las limitaciones funcionales que padece y si ello no es posible por el empresario, asignar prestaciones de incapacidad.

La ley general de la Seguridad Social señala en su artículo 134 que invalidez de un trabajador “es la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido de alta médica, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva, y previsiblemente definitivas que disminuyan o anulen su capacidad laboral”. En el caso de la fibromialgia dicha determinación resulta difícil, puesto que las pruebas complementarias realizadas (analíticas, radiología, etc.) se encuentran dentro de la normalidad.



PODER JUDICIAL DEL ESTADO DE PUEBLA  
SERVICIO MEDICO FORENSE

C.I. o A.P. XXX /2015/ XXXXX.

H. Tribunal Superior de Justicia del Estado de Puebla  
Servicio Médico Legal y Forense  
Averiguación Previa o  
Carpeta de Investigación No. XXX/2015/XXXX  
Dictamen No. XXX  
Asunto: Se emite Dictamen Médico Legal y Forense de  
Levantamiento de cadáver, Identificación y Necropsia.

Al Ciudadano Lic. XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX  
Agente del Ministerio Público en turno de la  
Agencia Especializada en Homicidios o en Culposos  
P R E S E N T E

El (los) que suscribe (n) perito (s) médico (s) forense (s) del H. Tribunal Superior de Justicia del Estado, adscrito(s) a la Dirección del Servicio Médico Legal y Forense, designado(a)(s) para intervenir dentro de la, Averiguación Previa o Carpeta de Investigación citada al rubro, y en cumplimiento a su oficio No. XXXX de fecha XX de XXXXXXXX del año en curso, emite(n) a usted el siguiente:

D I C T A M E N

**PROBLEMA PLANTEADO:**

Acudir a la diligencia de levantamiento de cadáver, y posteriormente realizar la diligencia de **identificación** y necropsia médico legal y forense para determinar la o las causas de muerte, manera y mecanismo de muerte de quien en vida llevara el nombre de XXXXX XXXXX XXXXXX o Desconocido Número XX así como determinar los demás objetivos de la necropsia.

**MATERIAL:**

- 1) El de Necrocirugía; Expediente Clínico ( ), Averiguación Previa ( ), Otro(s) ( ).
- 2) Cámara Fotográfica y/o de Video
- 3) Croquis de Lesiones.
- 4) Bibliográfico

**MÉTODO:**

Científico, Deductivo-Inductivo, Analítico-Sintético.  
Técnica: Rokitsky.  
Toma de fotografías y de video durante las diligencias.  
Toma de muestras, las que sean necesarias.

SIENDO LAS 18:28 HORAS DEL DIA 28 DE OCTUBRE DEL AÑO 2015, EL LICENCIADO GONZALO ANTONIO VILLEGAS PEREZ, AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO ADSCRITO AL TERCER TURNO DE LA AGENCIA ESPECIALIZADA EN LA INVESTIGACION DE HOMICIDIOS. ASOCIADO DE LA DOCTORA PERLA JUAREZ DOMINGUEZ, MEDICO LEGISTA ADSCRITA AL HONORABLE TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DEL ESTADO DE PUEBLA, LA LICENCIADA GLORIA ALVAREZ SUAREZ PERITO CRIMINALISTA, ADSCRITO A LA DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS PERICIALES DE ESTA INSTITUCION Y DESIGNADAS PARA INTERVENIR DENTRO DE LA PRESENTE INDAGATORIA Y DEL C. MARCELINO ARENAS JUAREZ, AGENTE DE LA POLICIA MINISTERIAL ACREDITABLE DE ESTA INSTITUCION, ADSCRITO A LA DÉCIMA COMANDANCIA. ABORDO DEL MÓVIL OFICIAL NUMERO 996; NOS TRASLADAMOS Y CONSTITUIMOS EN FORMAL DILIGENCIA AL LUGAR UBICADO EN AVENIDA 32 PONIENTE FRENTE Y ENTRE LOS INMUEBLES MARCADOS CON EL NUMERO 1103 Y 1107 DE DICHA AVENIDA DE LA COLONIA SANTA MARIA EN ESTA CIUDAD DE PUEBLA, SIENDO UN LUGAR ABIERTO QUE CORRESPONDE A VIA PUBLICA, CON CONDICIONES DEL LUGAR SIENDO DE NOCHE, CON CLIMA IMPERANTE FRIO Y LLUVIOSO; CUENTA CON ILUMINACION ARTIFICIAL DE ALUMBRADO PUBLICO, ASI COMO LUCES DE LOS VEHICULOS OFICIALES Y LAMPARAS DE MANO; PRESENTA MALA VISIBILIDAD, EN EL INTERIOR DE UNA AMBULANCIA, SOBRE CAMILLA METALICA RONDANTE Y TABLA RIGIDA SE ENCUENTRA CUBIERTO CON SABANA DE COLOR AZUL DESECHABLE, EL CUERPO SIN VIDA DE UN ADULTO DEL SEXO MASCULINO QUIEN EN VIDA RESPONDIERA AL NOMBRE DE JAVIER GAVITO CORTES DE 55 AÑOS DE EDAD, QUIEN SE ENCONTRABA EN LA SIGUIENTE POSICIÓN: EN POSICION DECUBITO DORSAL, CON LA CABEZA EN DIRECCION A ORIENTE PIES AL PONIENTE, EXTREMIDADES SUPERIORES; LA DERECHA EN EXTENSION Y PEGADA AL CUERPO, LA IZQUIERDA SEMIFLEXIONADA CON LA MANO SOBRE EL BARANDAL METALICO DE LA CAMILLA, , EXTREMIDADES INFERIORES EN EXTENSION CON UNA SEPARACION DE 20 CENTIMETROS ENTRE TALON Y TALON.

**ANTECEDENTES RELACIONADOS CON EL CASO:**

PROCEDIENDO EN ESTE MOMENTO A DAR INTERVENCION AL PERITO CRIMINALISTA Y MEDICO LEGISTA PARA QUE EN BASE A SUS ATRIBUCIONES Y FACULTADES QUE LA PROPIA LEY LE CONFIERE; AUXILIE AL SUSCRITO EN LA PRESENTE DILIGENCIA. SE TRATA DE UN LUGAR ABIERTO QUE EN ESTE MOMENTO SI CUENTA CON ACORDONAMIENTO PREVIO. CON CINTA PLÁSTICA EN COLOR ROJO CON LA LEYENDA "PELIGRO" LUGAR QUE SE ENCUENTRA CUSTODIADO, ACORDONADO Y DELIMITADO POR LOS ELEMENTOS DE LA POLICIA MUNICIPAL DE NOMBRES ORLANDO SANCHEZ HERNANDEZ, MONICA GARCIA TRUJILLO, JUAN MANUEL OTAÑEZ AHUAYO, JESUS MANUEL LOPEZ V, GODOFREDO ROSAS OSORNO, FRANCISCO JAVIER AMADO GARCIA (PARAMEDICO), EDUARDO ERICK AMADO TORRES (PARAMEDICO) BORMEO CASTILLO DAVID. SIN EMBARGO SE HACE CONSTAR DICHOS

# DICTAMEN DE LESIONES

## DICTAMEN DE LESIONES

INTERVENCION PREVA N° 133201E  
ASUNTO: SE EMITE DICTAMEN LEGAL DE LESIONES  
Y/O PSICOPSIQUICO

E. LIC. ALBERTO BOCERMA CERVANTES  
AGENTE DEL MINISTERIO PUBLICO EN TURNO DEL  
ESTADO DE PUEBLA  
PRESENTE

EL QUE SUSCRIBE JAVIER ALFONSO SANCHEZ PARRA MÉDICO  
LEGISTA DEL H. TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DEL ESTADO DE PUEBLA,  
ACORDO A ESTA AGENCIA, DESIGNADO PARA INTERVENIR DENTRO DE LA  
INTERVENCION PREVA, CITA AL FURRO EN CUMPLIMIENTO A SU OFICIO  
NÚMERO 033078 DE FECHA 27 DE SEPTIEMBRE DEL 2011 EMITE A USTED EL  
SIGUIENTE

### DICTAMEN

SENIÓ LAS 13:00 HRS DEL DÍA 28 DE SEPTIEMBRE DEL 2011 SE TRUO A  
LA META EN LA OFICINA MEDICO LEGAL ADSCRITA A ESTA AGENCIA  
MINISTERIAL A LA C. ROSALBA JUÁREZ JIMÉNEZ.

### PRINCIPIO Y EVOLUCIÓN DEL PACIENTE.

LA LESIONADA PRESENTO EL DÍA 21 DE SEPTIEMBRE DE 2011 NOTA  
MÉDICA DE SGA. COMO PRESENTA SANGRADO TRAYECTORIAL ABUNDANTE,  
ACUDIENDO AL SERVICIO DE URGENCIAS Y VALORÁNDOSE COMO

## CERTIFICADO MÉDICO

El paciente deberá informar al médico del motivo por el que quiere solicitar un certificado y someterse a una visita.

El certificado médico se solicita para confirmar que el solicitante posee los requisitos necesarios para el ejercicio de una actividad específica. Los certificados médicos emitidos con mayor frecuencia son:

- ✓ Certificado de idoneidad para la conducción de vehículos de motor: para confirmar que se poseen los requisitos físicos y mentales necesarios para obtener o renovar el permiso de conducir.
- ✓ Certificados de idoneidad psicofísica: se puede solicitar por muchos motivos, por ejemplo, para obtener un permiso de porte de armas, un título náutico, etc.
- ✓ Certificado de exención de la obligación del cinturón de seguridad: en caso de patologías o afecciones específicas (por ejemplo, embarazo)
- ✓ Certificado para la emisión de la tarjeta de invalidez: para obtener la autorización para la conducción y el estacionamiento de los vehículos utilizados por personas con discapacidad
- ✓ Certificado de buena salud y robustez: para certificar, después de la realización de exámenes médicos, la ausencia de enfermedades infecciosas y de problemas físicos
- ✓ Certificado de aptitud deportiva de competición/no de competición
- ✓ Certificado que acredite la fecha prevista para el parto: para poder aplicar el periodo obligatorio de permiso por maternidad
- ✓ Certificado de aptitud laboral
- ✓ Certificado de convalidación de la necesidad de tratamiento médico obligatorio (TSO)
- ✓ Certificado que acredite problemas físicos o psíquicos



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

## **UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 187**

EL QUE SUSCRIBE MEDICO CIRUJANO, LEGALMENTE AUTORIZADO PARA EJERCER SU PROFESION CON CEDULA PROFESIONAL 2842427 MEDICO FAMILIAR DE LA UMF 187.

### **CERTIFICA**

IVANNA ARIANI GARCIA MELESIO  
NSS 3792 73 2812 4F 2006

P: 18kgs  
T: 1.11cm

FEMENINO DE 5 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE PARA REALIZACIÓN DE EXAMEN MÉDICO CLÍNICO.  
ASINTOMÁTICA, CUENTA CON ESQUEMA DE VACUNACIÓN AL CORRIENTE DE ACUERDO A EDAD. DESARROLLO PSICOMOTRIZ ACORDE A EDAD.  
EF: CONCIENTE TRANQUILA, OJOS SIMÉTRICOS PUPILAS ISOCÓRICAS NORMORREFLÉXICAS, FARINGE NORMAL, SIN COMPROMISO CARDIOPULMONAR, ABDOMEN SDP, AREA GENITAL DE ACUERDO A EDAD Y SEXO, EXTREMIDADES INTEGRAS NORMOTÓNICAS, NORMORREFLÉXICAS SIN EDEMA BUEN LLENADO CAPILAR.  
PARACLINICOS: GRUPO O RH POSITIVO

ENCONTRANDOSE CLINICAMENTE SANA EN EL MOMENTO DE SU VALORACION.

A PETICION DEL INTERESADO Y PARA LOS FINES LEGALES QUE LE CONVENGAN SE EXTIENDE EL PRESENTE EN ATIZAPAN DE ZARAGOZA EDO. MEX. A LOS 12 DIAS DEL MES DE JULIO DEL AÑO 2011.

DRA. MIRIAM DOMINGUEZ URIBE  
MEDICO FAMILIAR

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

### INSTRUCCIONES GENERALES:

- Debe ser expedido por un médico, de preferencia por el tratante, el que haya otorgado la última atención o el que haya asistido el fallecimiento. En lugares donde no haya médico, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud.
- De acuerdo a la NOM-035-SSA3-2012 en el numeral 12.2.7 el Certificado de Defunción debe ser expedido antes de transcurridas las siguientes 48 horas después de la defunción o que se encuentre el cuerpo, según aplique.
- Para el llenado de este Certificado auxilíese con la información proporcionada por un familiar o persona legalmente responsable del fallecido(a), sustentado por los documentos correspondientes. Si la defunción ocurrió en una unidad médica recurra al expediente clínico para obtener (o coleccionar) la información.
- Llene en original y tres copias, entregue a los familiares el original y las dos primeras copias con la instrucción de llevarlos al Registro Civil para obtener el Acta de Defunción. **La tercera copia debe conservarse en la unidad médica que certificó la defunción para integrar la información de mortalidad del Sector Salud y posteriormente resguardarse en el expediente clínico del fallecido. Si el Certificado se expidió fuera de una unidad médica, el certificante está obligado a remitir la tercera copia a la Secretaría de Salud en un periodo no mayor a 10 días hábiles posteriores a la expedición.**
- Escriba con tinta negra o azul (no utilice pluma de gel), usando letra de molde, clara y legible o con máquina de escribir. No use abreviaturas.
- Escriba sobre una superficie plana y firme, presionando al escribir para legibilidad de las copias, **verifique que la información se pueda leer claramente hasta la última copia.** En el caso de números utilice arábigos (0,1,2,...,9).
- En los campos de Fecha, el orden de registro es: día, mes y año. Complete con cero a la izquierda para los días y meses de un dígito, *ejemplo:* para 5 de marzo de 2016 anote 0 5 | 0 3 | 2 0 1 6. Registre incluso información parcial, llenando con "nueves" los espacios de la información desconocida, *ejemplo:* si sólo se conoce el año del nacimiento (2010), anote: 9 9 | 9 2 | 0 1 0
- Marque con una "X" el círculo de "Se ignora" o llene los espacios con "nueves" en el caso de datos numéricos, **sólo cuando se desconozca la información y después de agotar todos los recursos para obtenerla.**
- Para las preguntas con opciones que tengan \* (asterisco) se debe especificar en el espacio asignado para tal fin.
- Para los domicilios anote: Tipo de vialidad (ej. Calle, Avenida, Camino, Carretera, Diagonal, Calzada, Peatonal, Boulevard), Nombre de la vialidad, Núm. Exterior (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Rancharía, Pueblo, Unidad Habitacional), Nombre del asentamiento, Código Postal, Localidad, Municipio o delegación y Entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
- Para más detalles del llenado de este formato, excepciones y particularidades, consulte el Manual del Llenado del Certificado de Defunción y Muerte Fetal.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.

### INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1. **NOMBRE DE EL(LA) FALLECIDO(A).** Anote el nombre completo, tal cual aparece en el Acta de Nacimiento. En el caso de que el(la) fallecido(a) sea un(a) recién nacido(a) sin Acta de Nacimiento, escribir "RN" en el lugar del nombre y anotar el primer apellido y el segundo apellido de la madre.
4. **ENTIDAD DE NACIMIENTO.** Anote el nombre de la entidad federativa donde nació el fallecido. Si éste nació en el extranjero, anote el nombre del país en el espacio para la "Entidad federativa".
6. **¿HABLABA LENGUA INDÍGENA?** Marque con una "X" la opción "Sí" en caso de que el fallecido(a) hablara alguna lengua indígena, ya sea como única lengua o además del español. Para los fallecidos menores de 5, preguntar si algunos de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "Sí".
8. **EDAD CUMPLIDA.** Registre la edad cumplida y llene con ceros a la izquierda en caso de tener espacios vacíos. Cuando la edad cumplida sea desconocida, pero al menos se conoce que el(la) fallecido(a) vivió AÑOS, MESES, DÍAS, etc., llene con "nueves" los espacios correspondientes, *ejemplo:* para desconocido en años anote en el lugar para años cumplidos 9 | 9 | 9 |. Marque la opción "Se ignora", después de agotar todos los recursos para determinar la edad.
  - 8.1. Folio del Certificado de Nacimiento. Para un CEN utilice los 14 recuadros y para un certificado impreso los últimos 9.
9. **ESTADO CONYUGAL.** Situación de el(la) fallecido(a) de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de costumbre del país, respecto de la unión o matrimonio, incluye por lo tanto, las condiciones de hecho y de derecho. Advertir al familiar que en el Registro Civil será verificado su estado conyugal. En caso contrario seleccione "Soltero(a)".
10. **RESIDENCIA HABITUAL.** Anote la dirección completa de la vivienda donde residía habitualmente el(la) fallecido(a). Si ésta corresponde a un país diferente a México, anote en el espacio de "Entidad federativa" el nombre.
11. **ESCOLARIDAD.** Esta pregunta aplica para fallecidos(as) de 3 años y más. Marque con una "X" la opción que indique el nivel máximo de estudios de el(la) fallecido(a) y en 11.1 indique si la escolaridad es completa o incompleta. En caso contrario seleccione "Ninguna".
12. **OCCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, *ejemplo:* obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "Sí" cuando el(la) fallecido(a) contaba con un trabajo o laboraba en un negocio familiar o por su cuenta, independientemente de que percibiera o no ingresos. Marque "No" cuando el(la) fallecido(a) se dedicaba a quehaceres del hogar o cuidados de los hijos, a estudiar, jubilado(a), rentista, etc. No aplica para menores de 5 años.
13. **AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD.** Marque con una "X" la institución a la que estaba afiliado(a) el(la) fallecido(a). La opción "Ninguna" debe marcarse cuando el informante manifieste que el fallecido(a) no tenía afiliación a servicios de salud.
14. **SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN.** Especifique el lugar donde sucedió la defunción. Si ésta sucedió en una unidad médica pública o privada anote el nombre de la misma en 14.1 y en 14.2 la Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
16. **FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN.** Anote la hora de la ocurrencia del hecho, en formato de 24 horas de 00 a 23 y para los minutos de 00 a 59, *ejemplo:* si la defunción ocurrió a las 5 de la tarde con 9 minutos, anote 1 7 0 9.
18. **SE PRACTICÓ NECROPSIA.** Esta pregunta aplica para toda defunción, ya sea por causas naturales o por causas externas (accidentales o violentas).
19. **CAUSA(S) DE LA DEFUNCIÓN.** Anote una sola causa en cada renglón, **sin omitir el intervalo de tiempo aproximado entre el comienzo de cada causa y la fecha de la defunción.** Deje en blanco el recuadro para "Uso exclusivo del personal codificador".

**PARTE I:** En la línea a) escriba la enfermedad, lesión o estado patológico que produjo directamente la muerte, en las líneas b), c) y d) debe registrar las enfermedades o sucesos antecedentes **en orden cronológico** que dieron origen a la causa anotada en la línea a). Como ayuda debajo de las líneas a), b) y c) se indica la leyenda: **"debido a (o como consecuencia de)"**, la cual indica que **la causa que anote en la línea superior, se debe o es consecuencia de la que vaya a registrar debajo de ella.**

**PARTE II:** Cuando aplique, registre alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la PARTE I, *ejemplo:*

29. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir—ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
<b>PARTE I</b> Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente		
a)	<b>Peritonitis aguda</b>	<b>2 días</b>
Causas antecedentes (Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica)		
b)	<b>Perforación del duodeno</b>	<b>4 días</b>
c)	<b>Úlcera duodenal</b>	<b>3 años</b>
d)		
<b>PARTE II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo		
	<b>Hipertensión arterial</b>	<b>5 años</b>

21. **SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 a 54 AÑOS.** Por ningún motivo debe dejarse sin respuestas. Marque en 21.1 una de las opciones de la 1 a la 5 y no omita responder las preguntas 21.2 y 21.3.
22. **SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA.** Avise inmediatamente a la autoridad civil. El médico legista es el responsable de expedir el Certificado, respondiendo a cada una de las preguntas de este apartado con base a la información disponible.
  - 22.1. Fue un presunto. No omita la respuesta. **La opción seleccionada denota una presunción no una afirmación.**
  - 22.3. Sitio donde ocurrió la lesión. Especifique la opción correspondiente, **coincida o no con el sitio donde sucedió la defunción.**
  - 22.4. Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a). Si la muerte es un presunto homicidio, escriba el parentesco con el(la) fallecido(a) del presunto responsable, *ejemplo:* esposo(a), padre, madre, concubino(a). En caso de no existir un parentesco anote "ninguno".
  - 22.6. Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio, *ejemplo:* caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida.
  - 22.7. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio. En caso de haber ocurrido en la carretera, especifique además del nombre de la carretera, el número del kilómetro. Evite anotar "domicilio conocido" en su caso use referencias.
- 25-29. **DATOS DEL CERTIFICANTE.** No omitir ningún dato que lo identifique. En el caso de ser un médico pasante el que certifique, éste debe registrarse en la opción 4 "Personas autorizadas por la Secretaría de Salud". Para el caso de médicos, es obligatorio anotar el número de su cédula profesional. **La firma** del certificante es de carácter obligatorio, ser autógrafa y se debe plasmar en todas las hojas del Certificado (original y las tres copias).
30. **FECHA DE CERTIFICACIÓN.** Anote el día, mes y año de expedición del Certificado.

### ABREVIATURAS

CEN: Certificado Electrónico de Nacimiento. CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. INF: Informante. NÚM: Número. REG: Registro.

# 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 POSICIÓN DE LOS PARTICULARES.

<b>DEL FALLECIDO</b>	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____ Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/>	
6. ¿HABLADA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Especifique _____	
8. EDAD CUMPLIDA _____ Para menores de 28 días anote: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: _____ 8.2 Semanas de gestación: _____	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda _____ 10.2 Nombre de la vivienda _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. 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"/> 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"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="radio"/> Otro lugar <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
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 Día _____ Mes _____ Año _____ Horas _____ Minutos _____	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
19. 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 _____ Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte _____ Uso exclusivo del personal codificador 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"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <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"/>	
21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <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? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión _____ Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (caso, ortanato, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o caseruela (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) _____ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____ 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____	
22.7 Anote 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 _____	
<b>MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS</b>	
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____ 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 _____ Número de la cédula profesional _____	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO _____ 27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
28. FIRMA _____ 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 CERTIFICACION Día _____ Mes _____ Año _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 31.1 Acta Núm. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad _____ 32.2 Municipio o delegación _____ 32.3 Entidad federativa _____ 32.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

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