



Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

Docente:

Dra.- KARINA ROMERO SOLORZANO

Alumno:

Russell Manuel Alejandro Villarreal

Semestre y grupo:

5 "B"

Materia:

MEDICINA FORENSE

Proyecto:

CERTIFICADO DE DEFUNCION

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 24 de agosto de 2021



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017
FOLIO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN. LOS DATOS PERSONALES DEBEN ESTAR PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES, Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.

DEL FALLECIDO	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO: <u>Herman Luna Hernandez</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO: <u>07/11/1991</u>	3. SEXO: <input checked="" type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: <u>México</u>	
5. CUIP: <u>LNAHRIIR7201210114H810</u>	
6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
7. NACIONALIDAD: <input checked="" type="radio"/> Mexicana <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA: <u>03</u> años <u>10</u> meses <u>30</u> días	
9. ESTADO CONYUGAL: <input checked="" type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL: <u>Calle Tancapipas 211 Pie</u>	
11. ESCOLARIDAD: <input checked="" type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL: <u>Capitaneó</u>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: <input checked="" type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: <u>Medicina Interna</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: <u>Tampico Tancapipas México</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: <u>10/07/2016 11:00</u>	
17. ¿FUE PRÁCTICO NECROPSIA? <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: <u>Infarto agudo al miocardio</u>	
19. CAUSAS ANOTADAS EN EL CERTIFICADO: <u>Choque cardiogenico</u>	
20. CAUSAS ANOTADAS EN EL CERTIFICADO: <u>Hipertension</u>	
21. CAUSAS ANOTADAS EN EL CERTIFICADO: <u>Diabetico tipo 2</u>	
22. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: <u>I14.6 Y I91</u>	
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	
23. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	
24. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	
25. SI LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: <u>28 de agosto</u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE: <u>Alexandro Méndez Villareal</u>	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO DEL CERTIFICANTE: <u>Avenida Juasco 3106181 comités</u>	
29. FECHA DE CERTIFICACIÓN: <u>10/07/2016</u>	
30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: <u>Chicipas</u>	

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