

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Escuela de medicina

Materia:

Medicina forense

Trabajo:

Certificado de defunción

Catedrático:

Dra. Karina Romero Solorzano

Presenta:

Juan Pablo Sánchez Abarca

Semestre y grupo:

5°B

Comitán de Domínguez, Chiapas
25 de agosto de 2021



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

Modelo 2011
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 ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL,
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GOBIERNAMENTAL.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Herman</u> Primer Apellido <u>Luis</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>12</u> Mes <u>11</u> Año <u>1980</u>	3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. CUBP <u>12111111111111111111</u>	4. ENTRADA DE NACIMIENTO Escriba el número oficial de nacido en el extranjero <u>218</u>
5. EDADE CUMPLIDA Para menores de 28 días: <u>211</u> minutos Para menores de un año: <u>12</u> horas <u>11</u> minutos <u>11</u> segundos	6. ¿HABLABA AL MOMENTO DE LA MUERTE EN SU LENGUA MATERNA? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
7. FOLIO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO: <u>81910101</u>	8. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> De ignora <input type="radio"/>
9. RESIDENCIA HABITUAL Año de domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>211</u>	10. RESIDENCIA HABITUAL 10.1 Tipo de vivienda <u>Tanque Negro</u> 10.2 Nombre del asentamiento humano <u>Zona centro</u> 10.3 Núm. Exterior <u>81910101</u> 10.4 Núm. Interior <u>12111111111111111111</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano <u>Zona centro</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano <u>Tanque Negro</u> 10.7 Código Postal <u>211</u> 10.8 Localidad <u>Tanque Negro</u> 10.9 Municipio o delegación <u>Tampico</u> 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) <u>Tamaulipas</u>
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"/> 11.2 Ocupación habitual <u>Carpintero</u> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 12.1 Trabaja <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Ocupación habitual <u>Carpintero</u> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
13. 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"/> 13.1 Número de seguridad social o afiliación IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 13.2 Clave (única de Establecimientos de Salud) (C.I.U.E.S.) <u>101</u>	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input type="radio"/> 14.1 Número de la unidad médica <u>101</u> 14.2 Clave (única de Establecimientos de Salud) (C.I.U.E.S.) <u>101</u>
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda <u>101</u> 15.2 Nombre de la vivienda <u>101</u> 15.3 Núm. Exterior <u>101</u> 15.4 Núm. Interior <u>101</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano <u>101</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano <u>101</u> 15.7 Código Postal <u>101</u> 15.8 Localidad <u>101</u> 15.9 Municipio o delegación <u>101</u> 15.10 Entidad federativa <u>101</u>	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día <u>10</u> Mes <u>10</u> Año <u>2016</u> Hora <u>16</u> Minutos <u>10</u> Segundos <u>10</u>
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 PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: para caídas, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte definitiva. a) <u>Choque cardiogénico</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Infarto agudo al miocardio</u> b) <u>Diabetes tipo II</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Hipertensión</u> c) <u>Diabetes tipo II</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Hipertensión</u> d) <u>Hipertensión</u> PARTE II Otras causas patológicas que contribuyeron a producir o agravar la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte definitiva. e) <u>Diabetes tipo II</u> Debido a (o como consecuencia de) <u>Hipertensión</u>	
20. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 20.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 20.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 20.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (caso, ornato, etc.) <input type="radio"/> Escuela o clínica pública <input type="radio"/> Área comercial <input type="radio"/> 20.4 Área industrial <input type="radio"/> Área deportiva (balón, fútbol, etc.) <input type="radio"/> Calle o camellón público <input type="radio"/> Campesino (rancho o parcelas) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> 20.5 Descripción brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>20.5</u>	
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"/> 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 21.4 Anote la relación que tiene el presunto agresor con ella (si la hubiera) Código CIE <u>3</u> horas <u>2</u> días	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (caso, ornato, etc.) <input type="radio"/> Escuela o clínica pública <input type="radio"/> Área comercial <input type="radio"/> 22.4 Área industrial <input type="radio"/> Área deportiva (balón, fútbol, etc.) <input type="radio"/> Calle o camellón público <input type="radio"/> Campesino (rancho o parcelas) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> 22.5 Descripción brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio <u>22.5</u>	
23. ANTE EL DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA LESIÓN DEL PRESUNTO ACCIDENTE, HOMICIDIO O SUICIDIO 23.1 Tipo de vivienda <u>23.1</u> 23.2 Nombre de la vivienda <u>23.2</u> 23.3 Núm. Exterior <u>23.3</u> 23.4 Núm. Interior <u>23.4</u> 23.5 Tipo de asentamiento humano <u>23.5</u> 23.6 Nombre del asentamiento humano <u>23.6</u> 23.7 Código Postal <u>23.7</u> 23.8 Localidad <u>23.8</u> 23.9 Municipio o delegación <u>23.9</u> 23.10 Entidad federativa <u>23.10</u>	
24. NOMBRE DEL CERTIFICANTE Nombre(s) <u>Enrique</u> Primer Apellido <u>Hernandez</u> Segundo Apellido <u>Tio</u>	
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"/> Especificar <u>05978432</u>	
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>05978432</u>	
27. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>San Pablo</u> Primer Apellido <u>Sánchez</u> Segundo Apellido <u>Alfara</u>	
28. FIRMA <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda <u>29.1</u> 29.2 Nombre de la vivienda <u>29.2</u> 29.3 Núm. Exterior <u>29.3</u> 29.4 Núm. Interior <u>29.4</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano <u>29.5</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano <u>29.6</u> 29.7 Código Postal <u>29.7</u> 29.8 Localidad <u>29.8</u> 29.9 Municipio o delegación <u>29.9</u> 29.10 Entidad federativa <u>29.10</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día <u>12</u> Mes <u>10</u> Año <u>2016</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>31</u> Libro Núm. <u>31</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad <u>32.1</u>	



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 REGISTRARSE EN LOS REGISTROS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.
LOS ELEMENTOS DEL PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICIPARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Margarita</u> <u>Gómez</u> <u>Velázquez</u>		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <u>Distrito Federal</u> <u>10A</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		6. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD COMPLETA 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 cumplidos		8.1 Folio del Certificado de Nacimiento		8.2 Semanas de gestación	
9. RESIDENCIA HABITUAL Año e domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>			
10.1 Tipo de vitalidad		10.2 Nombre de la vitalidad			
10.3 Núm. Exterior		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano	
10.7 Código Postal		10.8 Localidad		10.9 Municipio o delegación	
10.6 Nombre del asentamiento humano		10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero)			
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es		12. OCUPACIÓN HABITUAL Arquitecta <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEXEM <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input checked="" 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"/> PEXEM <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <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)	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vitalidad		15.2 Nombre de la vitalidad			
15.3 Núm. Exterior		15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano	
15.7 Código Postal		15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación	
15.6 Nombre del asentamiento humano		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 checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		18. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote 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) <u>Choque hipovolémico grado III</u> Debido a (o como consecuencia de)					
b) <u>Hematemesis</u> Debido a (o como consecuencia de)					
c) <u>Várices esofágicas grado IV</u> Debido a (o como consecuencia de)					
d) <u>Cirrosis hepática</u> <u>Hepatitis C</u>					
Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte Código CIE					
2 horas					
4 horas					
2 meses					
3 años					
10 años					
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE					
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 19 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"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/>					
21.2 ¿Las causas anotadas en el certificado corresponden a lesiones del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>					
21.3 ¿Las causas anotadas corresponden al embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" 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 checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Área industrial <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (edificio, rancho, etc.) <input type="radio"/> Calle o caminata (vía pública) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
22.4 Añote la relación que tenga el presunto agresor con el(a) fallecido(a): Salier (física y obra) <input type="radio"/> Área industrial <input type="radio"/> Crianza (rancho o parcelas) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>					
22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivo en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio					
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 vitalidad					
22.7.2 Nombre de la vitalidad					
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 Nombre(s) <u>Rosa</u> <u>Velázquez</u> <u>Pérez</u>					
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) <u>Madre</u>					
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. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional <u>05978432</u>					
27. NOMBRE Nombre(s) <u>Juan Pablo</u> <u>Sánchez</u> <u>Abarca</u>					
28. FIRMA					
29. DOMICILIO y TELEFONO 29.1 Tipo de vitalidad					
29.2 Nombre de la vitalidad					
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 <u>25/08/2021</u>					
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA DE REGISTRO Núm. <u>Libro Núm.</u>					
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad					