



# **Universidad del Sureste**

## **Escuela de Medicina**

"ANTOLOGIA DE ACTIVIDADES 1° UNIDAD"

---

**MEDICINA FORENSE**

**DR:**  
**GERARDO CANCINO GORDILLO**

**PRESENTA:**  
**Andrea Montserrat Sánchez López**

**MEDICINA HUMANA**

**5° SEMESTRE**

**SEPTIEMBRE de 2021**  
**Comitán de Domínguez, Chiapas**

# INVESTIGACIÓN

## 1. Dictamen médico

Es un documento emitido por orden de la autoridad judicial por medio del cual el perito ilustra aspectos médicos de hechos judiciales o administrativos

Las partes de las que debe constar un dictamen pericial son:

- Portada
- Antecedentes/Preámbulo. Motivación y objeto del documento. Puede incluir un resumen de calificaciones del perito, que den fuerza al informe.
- Documentación. Enumeración y descripción de los documentos examinados, así como de las investigaciones realizadas para llegar a la verdad del asunto. Deben seguir un protocolo legal y trazable.
- Relación de causalidad - Consideraciones Técnicas. Es la clave del informe pericial. Aquí se exponen los criterios técnicos que llevan a pensar al Perito por qué y cómo han sucedido los hechos, basándose en las pruebas objetivas del punto anterior.
- Conclusiones. Parte del dictamen que, basándose en todo lo anterior, concluye sobre los hechos y analiza, con arreglo a los protocolos, cómo se ha realizado cada acción.
- Anexos. Parte del informe que tiene información documental de antecedentes, bibliográfica, sobre investigaciones realizadas, etc. que dan soporte a las conclusiones.
- Firma. El documento debe ser firmado convenientemente por el experto redactor, dando de fe de su hacer y conclusiones.



**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 Necrociología; 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: Rokitansky.  
Toma de fotografías y de video durante las diligencias.  
Toma de muestras, las que sean necesarias.

SIENDO LAS 18:28 HORAS DEL DÍA 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 DICHO

## **2. Dictamen de lesiones (previo, evolutivo y definitivo)**

Se trata de un documento médico-legal, mediante el cual el médico comunica a la Autoridad Judicial la atención que se presta a un paciente que presenta lesiones que pueden ser constitutivas de una falta o delito de lesiones

- Previo.- se emite, previa fundamentación del mismo, se establece la gravedad de la lesión, al mismo tiempo que requiere para sanar (más o menos 15 días) y clasificación médico legal de las lesiones.
- Evolutivo.-Establece la evolucióndinámica de las lesiones, tomando en consideración al dictamen previo, en evolución adecuada o evolución inadecuada.
- Definitivo.- Se emiten cuando sanan la lesiones (o cuando fallece la persona) se establecen las secuelas permanentes y debe anexarse siempre el dictamen previo.

## **3. CERTIFICADO MÉDICO**

Este certificado debe ser expedido por un médico general, pediatra, médico familiar o por un subespecialista en los casos que lo ameriten. El certificado médico debe entregarse únicamente al paciente, a la persona que legítimamente lo ha solicitado o a la que haya sido autorizada para ese fin por el paciente.

El certificado médico óptimo debe cumplir con las siguientes características:

- Veraz. El certificado debe ser reflejo fiel e indudable de la comprobación efectuada personalmente por el profesional que lo expide. El médico, ante las autoridades, es testigo de un hecho, la salud del paciente, y el certificado un testimonio del mismo.
- Legible. Debe estar escrito de puño y letra, con letra clara o con un formato impreso previamente, que permita ser interpretado en su totalidad, evitando abreviaturas, siglas y códigos.
- Descriptivo. Debe hacerse constar el diagnóstico que motiva la certificación. En los pacientes en quienes a partir del interrogatorio y la exploración física no se pueda llegar al mismo se recomienda hacer una descripción sindromática. De esta manera se evitan las contradicciones de un diagnóstico equivocado.
- Coherente. La coherencia debe surgir de la comprobación adecuada efectuada personalmente y de un relato de lo observado estrictamente al atender al paciente.

- Documentado. El testimonio del médico debe quedar documentado en la Historia Clínica o ficha de consultorio, de manera tal que fundamente lo expresado en el mismo y, ante una eventual investigación judicial, sustente la veracidad de lo certificado.
- Limitado. Esta característica se refiere a la necesidad de aclarar en el texto del certificado la actividad para la cual se considera apto el paciente, evitando de esta manera que el certificado sea utilizado con fines para los cuales el paciente no está capacitado.

Formal. El certificado es un testimonio escrito y requiere un marco acorde con el mismo:

- Utilización de papel membretado: recetario particular o institucional.
- Ser de puño y letra del profesional.
- Estar firmado y sellado.
- Contar con los datos de identificación del paciente: nombre, apellidos, edad, sexo, historia clínica.
- Contar con los datos de expedición: lugar, fecha y hora de expedición del mismo.

**CERTIFICADO MÉDICO**

**DR. xxxx** CON CÉDULA PROFESIONAL **xxxxx** CON CONSULTA EN  
DIRECCIÓN: xxxxxxxx LOCALIDAD DE xxxxx, ESTADO DE xxxxx  
TELÉFONO: 9xxxxx

**CERTIFICA**

**BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD; HAGO CONSTAR QUE:**

EL JÓVEN **xxxxx** DE **xxx** AÑOS DE EDAD, NO PADECE NINGUNA DE LAS  
ENFERMEDADES QUE PUEDEN TENER REPERCUSIONES DE SALUD  
PÚBLICA GRAVES DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL  
REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL DEL 2005.

A PETICIÓN DE LA PARTE INTERESADA, SE EXTIENDE EL PRESENTE  
CERTIFICANDO A LOS CATORCE DÍAS DEL MES DE FEBRERO DEL AÑO  
2017, EN LA CIUDAD DE xxxxx, xxxx, MÉXICO.

**DR. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**  
MÉDICO CIRUJANO  
UNIVERSIDAD xxxxxxxxxxxxxx  
CED. PROF xxxxxxxxxxxxxx

#### **4. CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

Los certificados de defunción y muerte fetal deberán ser expedidos por profesionales de la Medicina. En los lugares donde no haya médico, se emitirán por personas autorizadas por la autoridad sanitaria competente.

\*En las fotos se menciona cuales son sus partes y que datos deben llevar





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 ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL.  
 LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

<b>DEL FALLECIDO(A)</b>	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____	
3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) _____	
5. CURP _____ Se ignora <input type="radio"/> 99	
6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 → Especifique _____ Se ignora <input type="radio"/> 9	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: _____ Para menores de un día: _____ Para menores de un mes: _____ Para menores de un año: _____ Para personas de un año o más: _____ Años cumplidos _____ Se ignora <input type="radio"/> 9	
9. ESTADO CONYUGAL Separado(a) <input type="radio"/> 6 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Casado(a) <input type="radio"/> 5 En unión libre <input type="radio"/> 4 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Se ignora <input type="radio"/> 9	
10. RESIDENCIA HABITUAL Añote 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"/> 1 Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria <input type="radio"/> 3 Secundaria <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 7 Profesional <input type="radio"/> 8 Posgrado <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> 1 Incompleta <input type="radio"/> 2 12.1 Trabaja Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 12.2 Ocupación habitual _____ Se ignora <input type="radio"/> 99	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Seguro Popular <input type="radio"/> 8 Otra <input type="radio"/> 9 IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 13.1 Número de seguridad social o afiliación _____	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) _____ Vía pública <input type="radio"/> 10 Hogar <input type="radio"/> 11 Otro lugar <input type="radio"/> 12 Se ignora <input type="radio"/> 99	
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"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2	
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) Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) Debido a (o como consecuencia de) _____ PARTE II Otros estados patológicos agudos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte 21.1 Si la defunción corresponde a una mujer de 10 a 54 años 21.1.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 El parto <input type="radio"/> 2 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 El puerperio <input type="radio"/> 3 21.2 ¿Las causas anotadas tienen implicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 22.4 Añote la relación que tenga el presunto agresor con ella (a) fallecida (a) _____ 26. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE _____	
20. MORTALIDAD ACCIDENTALES Y VIOLENTAS 22.1 Fue un presunto accidente <input type="radio"/> 1 homicidio <input type="radio"/> 2 suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 1 Área deportiva <input type="radio"/> 3 Vivienda colectiva (zoológico, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 2 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 5 Área comercial o de servicio <input type="radio"/> 6 Se ignora <input type="radio"/> 9 22.4 Añote la relación que tenga el presunto agresor con ella (a) fallecida (a) _____ 22.5 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio _____ 22.6 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 _____	
23. NOMBRE DEL INF. Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____	
25. CERTIFICADA POR Médico legista <input type="radio"/> 1 Médico <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 6 Especifique _____ 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional _____	
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 CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 12.1 Localidad _____	

Muestra sin validez

Muestra sin validez

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

### INSTRUCCIONES GENERALES:

- Este certificado debe llenarse en original y dos copias y entregarse a los familiares con la instrucción de llevarlos ante el Registro Civil para obtener el acta de defunción.
- Utilice letra de molde clara y legible. No use abreviaturas.
- Este documento no debe llevar tachaduras o enmendaduras.
- El certificado de defunción debe ser expedido por médico, de preferencia el tratante luego de verificar o constatar la muerte de la persona. En los lugares donde no haya médico, con los requisitos señalados, podrá ser expedido por otra persona autorizada por la Secretaría de Salud o por las autoridades civiles locales de donde ocurrió la defunción.
- Para el llenado de este certificado auxíliase con la información proporcionada por algún pariente o conocido del fallecido(a). En los hospitales, de la historia clínica del paciente.
- Para las preguntas de opción, marque con una X la que corresponda con la respuesta correcta (una sola opción por pregunta).
- Para las respuestas en las que se deben anotar números (fecha, hora, etc.), use números arábigos. (1,2,3.....9).

### INSTRUCCIONES ESPECÍFICAS:

1. **NOMBRE DEL FALLECIDO(A).** En el caso de que el fallecido(a) sea un recién nacido anote, al menos, el apellido paterno y el apellido materno.
5. **EDAD CUMPLIDA.** Especifique la edad del fallecido(a) según corresponda. Para menores de un día, anote la edad en horas. Para menores de un mes, anote la edad en días. Para menores de un año, anote la edad en meses. Si el fallecido(a) tenía un año de edad o más, cubra los tres espacios destinados, utilice ceros a la izquierda para los casos donde la edad del fallecido(a) no cubra todos los espacios. Ejemplos: fallecido(a) de 102 años: [1 | 0 | 2] AÑOS; fallecido(a) de 63 años: [0 | 6 | 3] AÑOS; fallecido(a) de 5 años: [0 | 0 | 5] AÑOS; fallecido(a) de 22 horas: [2 | 2] HORAS; fallecido(a) de 28 días: [2 | 8] DÍAS; fallecido(a) de 7 meses: [0 | 7] MESES; Marque con X la opción "Desconocida", después de agotar todos los recursos para determinar la edad del fallecido(a). En el caso de que la edad cumplida sea desconocida, pero sí se conoce que vivió HORAS, DÍAS, MESES: llene con 99; en caso de AÑOS con 999 la categoría de edad que corresponda.
- 5.1 **Peso.** Para el caso de los menores de un día especifique el peso en gramos.
6. **CURP DEL FALLECIDO(A).** Esta información es de vital importancia para las posteriores gestiones de registro de la información. Solicítelo a los deudos y cuide su correcto llenado.
7. **ESTADO CIVIL.** Es la situación en que se encontraba la persona de 12 años o más al momento de fallecer. Se incluyen tanto las situaciones de derecho como de hecho. Si se trata de menores de 12 años, marcar la opción soltero(a).
8. **RESIDENCIA HABITUAL.** Escriba el lugar donde de manera permanente el fallecido(a) residió durante los últimos seis meses, exceptuando los periodos largos de hospitalización. En el rubro LOCALIDAD señale el nombre de ésta y la categoría política que tiene; ejemplo: Rancho la Luz, Barrio San Pedro, etc. Si la RESIDENCIA HABITUAL corresponde a un país diferente a México, anote en entidad federativa el nombre de éste.
9. **OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote el oficio o trabajo que realizaba el fallecido(a). Si no trabajaba, mencione a qué se dedicaba, por ejemplo: rentista, jubilado, estudiante o ama de casa.
10. **ESCOLARIDAD.** Marque con una X una sola respuesta, según sea el nivel máximo de estudios aprobados por el fallecido(a).
11. **INSTITUCIÓN DE DERECHOHABIENCIA.** Considérese "derechohabiente" si la persona tenía derecho a recibir prestaciones en dinero y/o en especie de una institución de seguridad social.
12. **NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN.** Anote el número de afiliación en caso de que el fallecido(a) sea beneficiario de alguna institución de seguridad social. Auxíliase para ello del expediente clínico o documento oficial de afiliación que presente el informante. Verifique que el número guarde correspondencia con la opción registrada en la pregunta 11.
- 13.1 **Nombre de la unidad médica.** En caso de que la defunción haya ocurrido en una unidad médica pública o privada, anote el nombre.
15. **FECHA.** Anote con números arábigos el año (los cuatro dígitos), el mes, el día y la hora de ocurrencia.
- 15.1 **Hora de la defunción.** Para anotar la hora, use la escala de 01 a 24. Escriba también los minutos.

Ejemplo: Si ocurrió a las cinco y media de la tarde, anote:

[ 5 | 30 ]  
Hora Minutos

17. **SE PRACTICÓ NECROPSIA.** Marque con X la opción "SI" cuando haya sido efectuada la autopsia (necropsia). Esta pregunta es para todas las muertes, tanto por accidente o violencia como por causas naturales.
18. **CAUSAS 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 muerte. Deje en blanco los espacios reservados para los códigos de la CIE-10.  
**PARTE I:** Anote en el inciso a) la enfermedad o estado patológico que produjo directamente la muerte; si la causa mencionada en dicho inciso se debió a una causa antecedente, asiente ésta en el inciso b), si ésta a su vez fue originada por una tercera, anótelas en el inciso c); si ésta a su vez fue originada por una cuarta, informe esta última en el inciso d).  
No es estrictamente necesario llenar los renglones b), c) y d) siempre y cuando la causa informada en el inciso a) describa por completo la defunción; es decir, que por sí misma sea la causa de la muerte, sin necesidad de causas previas.  
**PARTE II:** En esta parte anote alguna enfermedad significativa que pudo haber contribuido a la muerte, pero que no estuvo relacionada con las causas anotadas en la Parte I a), b), c) o d).  
Ejemplo:  

I	a) Peritonitis	2 días
	b) Perforación de duodeno	4 días
	c) Úlcera duodenal	3 años
II	Hipertensión arterial	5 años
19. **CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN.** No anote nada en este espacio.
20. **SILA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL (de 10 a 54 años).** No omita responder a las preguntas respecto al embarazo. Si se contesta afirmativamente alguna de las opciones de esta pregunta (1 a la 4), contestar las preguntas 21 y 22.
- 21 y 22. Se refieren a las causas anotadas en la pregunta 18. Se subraya la diferencia entre cada pregunta. La pregunta 21 hace referencia a que las causas anotadas fueron complicaciones del embarazo parto o puerperio, mientras que la pregunta 22 corrobora que las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio.
23. **SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA.** Dé aviso a la autoridad civil ya que el médico legista levantará el certificado, disponiendo a cada una de las preguntas de este apartado con la información disponible.
- 23.3 **Lugar donde ocurrió la lesión.** Especifique la opción correspondiente dado que ésta puede ser diferente a la del sitio donde ocurrió la defunción.
- 23.4 **Violencia familiar.** Si la muerte fue por homicidio, marque con una X la opción correspondiente si el presunto agresor es un miembro de la familia, con el que mantiene (o ha mantenido) una relación de convivencia o parentesco.
- 23.6 Anote de manera precisa las circunstancias que originaron la lesión que causó la muerte. Ejemplo: caída de la escalera de su casa, atropellado(a) por un autobús al cruzar la avenida, sofocación por bolsa de plástico al estar jugando con sus amigos en la escuela, etc. Para el caso de violencia familiar describa el parentesco del presunto responsable con el fallecido(a) (padre, madrastra, concubina, esposo...).
- 23.7 **Sólo en caso de accidente de vehículo de motor.** Anote la calle o avenida, entre que calles, nombre de la colonia, número de kilómetro, nombre de la carretera o camino, del municipio o delegación y de la entidad federativa. Evite anotar "domicilio conocido".
27. **Datos del certificante.** El certificante no debe omitir ningún dato que lo identifique. La firma de la persona que certifica es de carácter obligatorio.
28. **Fecha de certificación.** Anote el día, el mes y año en que se expide este certificado.