



**Nombre de alumnos: Oded Yazmin
Sánchez Alcázar**

**Nombre del profesor: Dra. Karina
Romero Solorzano**

**Nombre del trabajo: Certificado de
defunción**

Materia: Medicina Forense

Grado: 5°

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2004
FOLIO

04000000

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL Y LAS DOS COPIAS AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Margarita Gomez Velazquez <small>Nombre(s) Apellido Paterno Apellido Materno</small>		
	2. SEXO Masculino <input type="radio"/> 1 Femenino <input checked="" type="radio"/> 2 Desconocido <input type="radio"/> 0	3. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1 Otra <input type="radio"/> 2 Especifique _____	4. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año
	5. EDAD CUMPLIDA 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 03 Años cumplidos	Desconocida <input type="radio"/> (consulte el instructivo de llenado)	
	5.1 PESO _____ Gramos	6. CURP DEL FALLECIDO(A) [6101VIM81010170151MICLHMLR01]	
	7. ESTADO CIVIL Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 En unión libre <input type="radio"/> 4 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 0		
	8. RESIDENCIA HABITUAL (anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) 8.2 Localidad o Colonia: C. Pitagoias 8.3 Municipio o Delegación: Noelós 8.4 Entidad Federativa: (Ver) Imampal		
	9. OCUPACIÓN HABITUAL Arquitecta	10. ESCOLARIDAD Primaria incompleta (de 1 a 5 grados) <input type="radio"/> 2 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 6 Profesional <input checked="" type="radio"/> 7 No aplica <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9	
	11. INSTITUCIÓN DE DERECHO HABIENTE Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 5 SECMAR <input type="radio"/> 6 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 9		
	12. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN _____ Se ignora <input checked="" type="radio"/> 99		
	DE LA DEFUNCIÓN	13. LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 IMSS <input type="radio"/> 3 ISSSTE <input type="radio"/> 4 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEDENA <input type="radio"/> 6 SECMAR <input type="radio"/> 7 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 Unidad Médica privada <input type="radio"/> 9 General regional "Santa Ignacia (Virgen de Guadalupe)" 13.1 Nombre de la unidad médica	
14. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN 9 calle sur Oriente 11 Barrio San Sebastian San Sebastian (Comitan de Dominguez) 14.1 Calle y número 14.2 Localidad o Colonia: Comitan de Dominguez 14.3 Municipio o Delegación: Chetumal 14.4 Entidad Federativa: Chetumal			
15. FECHA DE LA DEFUNCIÓN 11/10/2021 Día Mes Año		15.1 HORA DE LA DEFUNCIÓN 14:30 Hora Minutos	16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE? SI <input checked="" type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9
18. CAUSA 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 patológico que produjo la muerte directamente a) choque hipovolemico grado III Debido a (o como consecuencia de) _____ b) Sangrado tubo digestivo. Debido a (o como consecuencia de) _____ c) varices esofagica grado IV Debido a (o como consecuencia de) _____ d) cirrosis hepatica PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo Hepatitis C		17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte código CIE-10 2 Horas 4 Horas 2 Meses 3 años 10 años	
19. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Espacio para código CIE-10		20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE El embarazo <input type="radio"/> 1 El parto <input type="radio"/> 2 El puerperio <input type="radio"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 No estuvo embarazada durante los 15 meses previos a la muerte <input checked="" type="radio"/> 5	21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2
22. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS COMPLICARON EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 0 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 23.3 Lugar donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="radio"/> 0 Institución residencial <input type="radio"/> 1 Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 Áreas deportivas <input type="radio"/> 3 Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 Granja (macho o parvula) <input type="radio"/> 7 Otro <input type="radio"/> 8 Se ignora <input checked="" type="radio"/> 0 23.4 Violencia familiar ¿El presunto agresor es familiar del fallecido(a)? SI <input type="radio"/> 1 No <input checked="" type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 0	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____			
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____			
23.7 En caso de accidente de vehículo de motor, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y Localidad o Colonia _____ 23.7.2 Municipio o Delegación _____ 23.7.3 Entidad Federativa _____			
DEL REG CIVIL		24. DATOS DEL INFORMANTE 24.1 Nombre: Rosa Velazquez Perez 24.2 Parentesco con el fallecido(a): Madre	
	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/> 1 Médico legista <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	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 01031055512 Número de la cédula profesional	
DEL REG CIVIL	27. DATOS DEL CERTIFICANTE 27.1 Nombre y Firma: Oded Yozmin Sanchez Arceza 27.2 Domicilio y Teléfono: 9 calle sur Oriente 11 Barrio San Sebastian		
	29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO Núm. _____ Libro Núm. _____ 29.1 Acta Núm. _____	30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad _____ 30.2 Municipio _____ 30.3 Entidad _____ 30.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

ATENCIÓN: SE LE RECUERDA AL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL QUE DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2004
FOLIO

04000000

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL Y LAS DOS COPIAS AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Hernan Luna Hernandez <small>Apellido Paterno Apellido Materno</small>		4. FECHA DE NACIMIENTO	
	2. SEXO Masculino <input checked="" type="radio"/> 1, Femenino <input type="radio"/> 2, Desconocido <input type="radio"/> 0		3. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> 1, Otra <input type="radio"/> 2, Especifique _____	
	5. EDAD CUMPLIDA 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: 0310 Años cumplidos		Desconocida <input type="radio"/> (consulte el instructivo de llenado)	
	5.1 PESO _____ Gramos		6. CURP DEL FALLECIDO(A) _____	
	7. ESTADO CIVIL Soltero(a) <input checked="" type="radio"/> 1, Viudo(a) <input type="radio"/> 2, Divorciado(a) <input type="radio"/> 3, En unión libre <input type="radio"/> 4, Casado(a) <input type="radio"/> 5, Se ignora <input type="radio"/> 9			
	8. RESIDENCIA HABITUAL (enote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) Tampico 8.1 Calle y número _____ 8.2 Localidad o Colonia Tampico Tamps 8.3 Municipio o Delegación _____ 8.4 Entidad Federativa Tamaulipas			
	9. OCUPACIÓN HABITUAL Cartero		10. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1, Primaria incompleta (de 1 a 5 grados) <input type="radio"/> 2, Primaria completa <input type="radio"/> 3, Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4, Secundaria completa <input type="radio"/> 5, Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> 6, Profesional <input type="radio"/> 7, No aplica <input type="radio"/> 8, Se ignora <input type="radio"/> 9	
	11. INSTITUCIÓN DE DERECHOHABIENTIA Ninguna <input checked="" type="radio"/> 1, IMSS <input type="radio"/> 2, ISSSTE <input type="radio"/> 3, PEMEX <input type="radio"/> 4, SEDENA <input type="radio"/> 5, SECMAR <input type="radio"/> 6, Seguro Popular <input type="radio"/> 7, Otra <input type="radio"/> 8, Se ignora <input type="radio"/> 9			
	12. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN _____ Se ignora <input type="radio"/> 99			
	13. LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input checked="" type="radio"/> 1, IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2, IMSS <input type="radio"/> 3, ISSSTE <input type="radio"/> 4, PEMEX <input type="radio"/> 5, SEDENA <input type="radio"/> 6, SECMAR <input type="radio"/> 7, Otra unidad pública <input type="radio"/> 8, Unidad Médica privada <input type="radio"/> 9, Atención Regional - Matinal 13.1 Nombre de la unidad médica _____ 13.2 Localidad o Colonia _____ 13.3 Municipio o Delegación _____ 13.4 Entidad Federativa _____ 13.5 Tipo de atención: <input type="radio"/> 10, Hogar <input type="radio"/> 11, Se ignora <input type="radio"/> 99			
14. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN San Sebastian 14.1 Calle y número 9 calle San Oriente II 14.2 Localidad o Colonia Comita de Domínguez 14.3 Municipio o Delegación _____ 14.4 Entidad Federativa _____				
15. FECHA DE LA DEFUNCIÓN 09/07/2016 Día Mes Año		16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> 1, No <input type="radio"/> 2, Ignora <input type="radio"/> 9		
15.1 HORA DE LA DEFUNCIÓN 12:10 Hora Minutos		17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1, No <input checked="" type="radio"/> 2		
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) choque cardiogenico a) Debido a (o como consecuencia de) _____ Infarto agudo al Miocardio b) Debido a (o como consecuencia de) _____ c) Debido a (o como consecuencia de) _____ d) _____ Diabetico Tipo 2 Hipertension			Intervio aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 3 Horas 48 Horas código CIE-10	
19. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Espacio para código CIE-10 _____		20. ¿SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE: El embarazo <input type="radio"/> 1, El parto <input type="radio"/> 2, El puerperio <input type="radio"/> 3, 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4, No estoy embarazada durante los 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5		
21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1, No <input type="radio"/> 2		22. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS COMPLICARON EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="radio"/> 1, No <input type="radio"/> 2		
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 23.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> 1, Homicidio <input type="radio"/> 2, Suicidio <input type="radio"/> 3, Se ignora <input checked="" type="radio"/> 4		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1, No <input checked="" type="radio"/> 2, Se ignora <input type="radio"/> 3		
23.3 Lugar donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> 0, Áreas deportivas <input type="radio"/> 3, Área Industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6, Institución residencial <input type="radio"/> 1, Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4, Granja (granadero o ganadero) <input type="radio"/> 7, Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2, Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5, Otro <input type="radio"/> 8, Se ignora <input type="radio"/> 9		23.4 Vínculo familiar (¿El presunto agresor es familiar del fallecido/a)? Sí <input type="radio"/> 1, No <input checked="" type="radio"/> 2, Se ignora <input type="radio"/> 3		
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número _____		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión _____		
23.7 En caso de accidente de vehículo de motor, anote el domicilio donde ocurrió la lesión		23.7.1 Calle y Localidad o Colonia _____		
23.7.2 Municipio o Delegación _____		23.7.3 Entidad Federativa _____		
24. DATOS DEL INFORMANTE 24.1 Nombre Erique Hernandez Hernandez		24.2 Parentesco con el fallecido/a Tio		
25. CERTIFICADA POR: Médico <input checked="" type="radio"/> 1, Médico legista <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		26. ¿EL CERTIFICANTE ES MÉDICO? 0105121550 Número de la tarjeta profesional		
27. DATOS DEL CERTIFICANTE 27.1 Nombre y Firma Orled Yuzman Sanchez		27.2 Domicilio y Teléfono 9 calle San Oriente II		
28. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JUZGADO: Nombre _____ Libro Número _____		29. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 30.1 Localidad _____ 30.2 Municipio _____ 30.3 Entidad Federativa _____		

ATENCIÓN: SE LE RECUERDA AL PERSONAL DEL REGISTRO CIVIL QUE DEBE REMITIR ESTE ORIGINAL A LA SECRETARÍA DE SALUD