

**Universidad del sureste carrera de medicina
humana, campus Comitán, Chiapas.**

MEDICINA FORENSE

DOCENTE: CANCINO GORDILLO GERARDO

"ANTOLOGIA DE ACTIVIDADES 1° UNIDAD"

Grado: 5to. Grupo: A.

Irvin Uriel Solis Pineda

Es el conjunto de conocimientos médicos, que tienen por objetivo auxiliar a las autoridades judiciales a resolver casos de índole civil, penal y laboral. El objetivo de esto es una administración adecuada de la justicia.

Dictamen

Es el resultado del proceso de valoración realizado por un profesional en medicina a una persona, para un determinado propósito dentro de un procedimiento o gestión; debe contener no sólo la información médica usual, si no los requerimientos de la autoridad solicitante, para que ella pueda pronunciarse. Esto es una opinión en la que se debe fundamentar un apoyo justificarlo y documentarlo.

Dictamen pericial médico legal

Debe contener los principios científicos en que se fundamentó y la explicación detallada de las operaciones realizadas.

Forma

- Objetivo
- Imparcial
- Concreta
- Precisa
- Clara

Valor del dictamen

La presentación de los testimonios le va a ser lo suficientemente clara y convincente, no debe dejar dudas al juez o alguna otra autoridad, toda vez que el dictamen no crea obligatoriedad.

Dictamen solicitado

Lesiones, autopsias, delitos sexuales, psiquiatría forense, medicina laboral, y responsabilidades médicas.

¿Qué es un dictamen médico?

Es un procedimiento en el cual después de revisar un paciente y el expediente clínico se emite un documento médico legal que tiene como objetivo dar un conocimiento a las autoridades judiciales del estado de salud de aquel individuo que sufre alguna lesión, en este se clasifican las lesiones.

Partes de un dictamen médico legal

Preámbulo:

Corresponde el nombre de la autoridad que lo solicita, nombre del lesionado, fecha, y hora del examen.

Exposición:

Descripción del examen y de las lesiones encontradas.

Discusión:

Es la interpretación por razones científicas de su opinión.

Conclusiones:

Es la síntesis de la opinión pericial.



¿Que es un dictamen previo de lesiones?

Es un documento en el cual después de revisar un paciente y su expediente clínico se emite un documento médico legal que tiene como objetivo el del conocimiento a las autoridades judiciales del estado de salud de aquel individuo que sufre alguna lesión en el coche clasifican las lesiones.

Dictamen de lesiones

Daño en el cuerpo:

Todos aquellas alteraciones que comprometen la integridad anatómica, se internas o externas.

Deformidad:

Alteraciones de carácter importante que afecten la integridad.

Ostensible:

La forma, la simetría, y la estética corporal.

¿Qué es lo que contiene un certificado médico?

Debe estar compuesto por la fecha actual y la fecha de emisión, debe incluirse el nombre completo de quién lo solicita así como también el nombre completo del médico encargado que ha realizado el chequeo médico y verifica el estado de salud.

¿Qué es lo que contiene un certificado médico?

Debe estar compuesto por la fecha actual y la fecha de misión, debe incluirse el nombre completo de quién lo solicita así como también el nombre completo del médico encargado que realizado el chequeo médico y verifica el estado de salud.

Certificado médico

Estar firmado y sellado, contar con los datos de identificación del paciente como nombre, apellido, edad, sexo, historia clínica, y contar con los datos de expedición de lugar, fecha y hora de expedición del mismo.

Certificado forense

También llamado informe pericial es un documento emitido por orden de la autoridad judicial para que el perito (profesional médico habitualmente forense) lo ilustre acerca de aspectos médicos e hechos judiciales.





MINISTERIO PÚBLICO
FISCALIA GENERAL DEL ESTADO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES



CERTIFICADO MÉDICO FORENSE

El Dr. Edgar Santiago Gisbert Monzon, Médico forense del Instituto de Investigaciones Forenses de La Paz, a REQUERIMIENTO FISCAL emitido por T RICHARD CONDE MACHACA.
CERTIFICA: Que siendo las 22:56 horas; de 30/09/2019, procedí al reconocimiento médico forense en Consultorio Forense, de la paciente cuyos datos son los siguientes:

Código IDIF: IDIF/MEDFOR/LPZ-12117/2019

Apellidos y Nombres:

Documento: 6133637 LP

Edad: 28 años

Sexo: Femenino

ANTECEDENTES DEL HECHO

Según manifiesta la examinada, fue víctima de agresión física.

En fecha 30/09/2019, a horas 19:30, en TRABAJO.

Indica que el agresor fue, Interpersonal por persona de sexo femenino.

AGRESIÓN FÍSICA por persona conocida, refiere haber sufrido jalón de cabellos, golpes en cara, rascado, caída, golpes en cuerpo y pierna.

EXAMEN FÍSICO GENERAL

Al examen, persona ingresa al servicio, caminando, se encuentra vigil, alerta, responde coherentemente a las preguntas, colabora con el examen.

EXAMEN FÍSICO SEGMENTARIO

CRANEO ERITEMA difuso puntiforme en un area de 4 cm diámetro, irregular en region parietal izquierdo compatible con tracción de cabellos

ROSTRO ESCORIACIÓN ungueal oblicuo descendente de 1,5 cm longitud en región frontal izquierda, otras de 1 cm longitud en región frontal derecho, de 0,2 cm en tercio interno de arco ciliar derecho, otras de 0,6, 0,3 0,2 cm en región nasociliar derecho y tercio proximal de vertiente derecha de nariz. Boca HIPEREMIA de contusión 0,6 cm diámetro en cara interna mucosa de labio superior izquierdo. encias y dientes sin particularidades. Ojos, oídos sin particularidades

CUELLO Sin huella de lesiones traumáticas al exterior.—

TORAX ANTERIOR Sin huella de lesiones traumáticas al exterior.—

TORAX POSTERIOR Sin huella de lesiones traumáticas al exterior.—

ABDOMEN Sin huella de lesiones traumáticas al exterior.—

EXTREMIDAD SUPERIOR DOLOR referido en cara palmar de dedos de ambas manos sin signos de trauma

EXTREMIDAD INFERIOR EQUIMOSIS tenue contusa rojo violacea de 3 cm diámetro en tercio proximal cara externa muslo derecho.

OTROS Sin huella de lesiones traumáticas al exterior.—

CONSIDERACIONES MEDICO LEGALES

El examen físico revela la presencia de lesiones coincidentes con la data del hecho manifestado por la persona, se relacionan con VIOLENCIA CORPORAL FÍSICA reciente.

CONCLUSIONES

CONTUSA:

CONTUSIÓN FACIAL Y MUSLO DERECHO, ESCORIACIÓN UNGUEAL EN ROSTRO, LESIÓN DE TRACCIÓN DE CABELLOS.

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Se sugiere valoración por Medicina y Dermatología en centro médico del sistema público estatal, con certificación del caso por especialidad correspondiente, fundamentando diagnósticos.

INCAPACIDAD MÉDICO LEGAL

Por tanto se otorga 5(CINCO) días de incapacidad médico legal.

En cuanto informe para fines consiguientes de Ley.-



MEDICINA FORENSE
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES
ATENCIÓN GRATUITA

Dr. Msc. Edgar S. Gisbert Monzon
MÉDICO FORENSE
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FORENSES

Cualquier Raspadura, Enmienda, o Borrón invalida el presente certificado.

Dirección: Calle Bolívar N° 737, Sucre - Bolivia, Teléfono: 591-4-6439528, Fax: 591-4-6439528

Dirección: Calle Indaburo N° 945, La Paz - Bolivia, Teléfono: 591-2-2406058, Fax: 591-2-2407623



Certificado de defunción

Es el documento legalmente en el que se plasma el fallecimiento de una persona, las sentencias judiciales ejecutadas que declaren el pre asunción de muerte por desaparicimiento.



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 GOBIERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (o nació en el extranjero) _____	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día _____ Mes _____ Año _____		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1/ Mujer <input type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 3	
6. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: Meses _____ Días _____ Para menores de un día: Horas _____ Minutos _____ Para menores de un año: Meses _____ Para personas de un año o más: Años cumplidos _____ Para menores de un día: Horas _____ Minutos _____		5. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> 1/ No <input type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 3	
7. NACIONALIDAD Mexicana <input type="radio"/> 1/ Extranjera <input type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 3		8. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> 4/ Separado(a) <input type="radio"/> 5/ Divorciado(a) <input type="radio"/> 6/ Viudo(a) <input type="radio"/> 7/ Casado(a) <input type="radio"/> 8/ Se ignora <input type="radio"/> 9	
9. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.2 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____		11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> 1/ Primaria <input type="radio"/> 2/ Secundaria <input type="radio"/> 3/ Bachillerato preparatoria <input type="radio"/> 4/ Profesional <input type="radio"/> 5/ Posgrado <input type="radio"/> 6/ Se ignora <input type="radio"/> 7/ Completa <input type="radio"/> 8/ Incompleta <input type="radio"/> 9/ 11.1 La escolaridad seleccionada es: _____	
12. RESIDENCIA HABITUAL Antes el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) 10.1 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.2 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____ 10.3 Núm. Exterior _____ 10.4 Núm. Interior _____ 10.5 Tipo de asentamiento humano _____		12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba: Sí <input type="radio"/> 1/ No <input type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 3 12.2 Nombre de la actividad _____ 12.3 Nombre del asentamiento humano _____	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> 1/ IMSS <input type="radio"/> 2/ PEMEX <input type="radio"/> 3/ SEMAR <input type="radio"/> 4/ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 5/ ISSSTE <input type="radio"/> 6/ SEDENA <input type="radio"/> 7/ Seguro Popular <input type="radio"/> 8/ Otra <input type="radio"/> 9/ Se ignora <input type="radio"/> 10		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1/ IMSS <input type="radio"/> 2/ PEMEX <input type="radio"/> 3/ SEMAR <input type="radio"/> 4/ IMSS PROSPERA <input type="radio"/> 5/ ISSSTE <input type="radio"/> 6/ SEDENA <input type="radio"/> 7/ Otra unidad pública <input type="radio"/> 8/ Unidad médica privada <input type="radio"/> 9/ 14.1 Nombre de la unidad médica _____ 14.2 Clase (categoría de Establecimientos de Salud (CES)) _____	
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 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____ 15.7 Núm. Exterior _____ 15.4 Núm. Interior _____ 15.5 Tipo de asentamiento humano _____		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"/> 3		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> 1/ No <input type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 3	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón). Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, 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) _____ PARTE II Ciertas situaciones patológicas preexistentes que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que la produjo: d) _____		20. Causa básica de defunción Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte: _____ Código CIE: _____	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS 21.1 Especificar si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> 1/ El parto <input type="radio"/> 2/ No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 3/ El parto o parto o parto <input type="radio"/> 4/ Se ignora <input type="radio"/> 5		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 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"/> 4/ 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1/ No <input type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 3/ 22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1/ No <input type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 3/ 22.4 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1/ No <input type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 3/ 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____	
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"/> 4/		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1/ No <input type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 3/	
22.3 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1/ No <input type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 3/		22.4 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1/ No <input type="radio"/> 2/ Se ignora <input type="radio"/> 3/	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: _____		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos así 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 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.2 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____ 22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____		22.8 Anote la relación que tenía el presunto aceptor con ella (relación): _____	
22.7.1 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____		22.7.2 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____	
22.7.3 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de asentamiento humano _____		22.7.6 Núm. Exterior _____ 22.7.4 Núm. Interior _____ 22.7.5 Tipo de 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 CERTIFICANTE Nombre(s) _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____	
25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> 1/ Médico legista <input type="radio"/> 2/ Otro médico <input type="radio"/> 3/ Peritaje autorizado por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4/ Autoridad competente <input type="radio"/> 5/ Otro <input type="radio"/> 6/ Especificar: _____		24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) _____ Número de la cédula profesional: _____	
26. DOMICILIO Y TELÉFONO 26.1 Tipo de vivienda _____ 26.2 Nombre de la vivienda _____ 26.3 Núm. Exterior _____ 26.4 Núm. Interior _____ 26.5 Tipo de asentamiento humano _____ 26.6 Núm. Exterior _____ 26.4 Núm. Interior _____ 26.5 Tipo de asentamiento humano _____ 26.7 Núm. Exterior _____ 26.4 Núm. Interior _____ 26.5 Tipo de asentamiento humano _____		26. FIRMA _____ Número de la cédula profesional: _____	
28. DOMICILIO Y TELÉFONO 28.1 Tipo de vivienda _____ 28.2 Nombre de la vivienda _____ 28.3 Núm. Exterior _____ 28.4 Núm. Interior _____ 28.5 Tipo de asentamiento humano _____ 28.6 Núm. Exterior _____ 28.4 Núm. Interior _____ 28.5 Tipo de asentamiento humano _____ 28.7 Núm. Exterior _____ 28.4 Núm. Interior _____ 28.5 Tipo de asentamiento humano _____		28. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día _____ Mes _____ Año _____	
29. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICINA O JURISDICCION Núm. _____ Libro Núm. _____		30. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 30.1 Localidad _____ 30.2 Municipio o delegación _____ 30.3 Entidad federativa _____ 30.4 Día _____ Mes _____ Año _____	
31.1 Acta Núm. _____		31.2 Municipio o delegación _____ 31.3 Entidad federativa _____ 31.4 Día _____ Mes _____ Año _____	

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



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 al 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 auxiliarse 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 cotejar) 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 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 langan * (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. Externo (ej. 980) e interior si aplica (21, 2A, G5), Tipo de asentamiento humano (ej. Colonia, Fraccionamiento, Puerto, Ejido, Ranchería, 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 "SI" 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, pregúntle si algunos de los padres se asume como indígena o habla alguna lengua indígena, en caso afirmativo marcar la opción "SI".
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. **OCUPACIÓN HABITUAL.** Anote la ocupación principal, *ejemplo:* obrero(a), maestro(a), etc. En 12.1 marque la opción "SI" 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:*

20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Puede ser más de una en cada renglón. Este espacio incluye: paro cardíaco, sepsis, etc.)		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte	Código CIE
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Peritonitis aguda	Debido a (o como consecuencia de) b) Perforación del duodeno c) Úlcera duodenal	2 días	
Otras causas antecedentes que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que la produjo PARTE II Otras causas antecedentes significativas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que la produjo Hipertensión arterial		3 años	
		5 años	

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.**
 - 22.2. Sitio donde ocurrió la lesión. Especifique la opción correspondiente, **coincida o no con el sitio donde sucedió la defunción.**
 - 22.3. 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".
 - 22.4. 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.
 - 22.5. 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.
- 26-29. **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.

Bibliografías recomendadas y fuentes

- http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=73041&nValor3=89445&strTipM=TC.
- FUNDAMENTOS DE MEDICINA LEGAL Mario Alberto Hernandez Ordoñez Edit: McGrawHill
- MEDICINA FORENSE Patricia Rosa Linda Trujillo Mariel Editorial Alfil
- MEDICINA FORENSE Felipe Edmundo Takajashi Medina Edit: Manual Moderno
- MEDICINA LEGAL Eduardo Vargas Alvarado

