



Nombre del alumno : Carlos
Alexis Espinosa Utrilla

Nombre de docente :Dra.
Karina Romero Solórzano

Nombre del trabajo : Hoja de
defunción

Nombre de la materia :
Medicina forense

Grado : 5

Grupo : A

Medicina Humana

Comitán de Domínguez Chiapas 24/08/21

Índice

	Pág.
Documento de defunción por familiar	3
Hoja de defunción (ejemplo 1)	4
Documento de defunción por familiar	5
Hoja de defunción (ejemplo 2)	6

PACIENTE FEMENINA ARQUITECTA DE 31 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA A SALA DE URGENCIAS POR PRESENTAR CHOQUE HIPOVOLEMICO GRADO IIII DE DOS HORAS DE EVOLUCION, SECUNDARIO A SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO DE 4 HORAS DE EVOLUCION (HEMATEMESIS); SECUNDARIO A VARICES ESOFAGICAS GRADO IV DE 2 MESES DE DIAGNOSTICO SECUNDARIO A CIRROSIS HEPATICA DIAGNOSTICADA HACE 3 AÑOS SECUNDARIA A HEPATITIS C DE 10 AÑOS DE DIAGNOSTICO; CAE EN PARO CARDIORESPIRATORIO SE REALIZA REANIMACION CARDIOPULMONAR CON MANEJO DELA VIA AEREA AVANZADA, SIN EMBARGO PACIENTE NO RESPONDE DANDO HORA DE FALLECIMIENTO 2:30 PM DEL DIA 11 DE AGOSTO DE 2021.

INFORMA: ROSA VELAZQUEZ PEREZ (MADRE)





SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Fecha 2011
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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 EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Margarita Gomez Velazquez		3. FECHA DE NACIMIENTO 10/11/1950		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO CUALIMILPA DE MORELOS MX	
2. SEXO Mujer <input checked="" type="radio"/>		5. EDAD COMPLETA 60 años		6. (HABILIDAD AS GUMA LENGUA INDIGENA) No <input checked="" type="radio"/>	
7. RACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/>		8. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input checked="" type="radio"/>		9. RESERVENA HABITUAL Hospital general	
10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano		10.6 Nombre del asentamiento humano	
11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad seleccionada es: Ninguna <input checked="" type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Ninguna <input checked="" type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social o situación		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospital general	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Hospital general		15.1 Tipo de vivienda		15.2 Nombre de la vivienda	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 11/10/2011 12:30 PM		17. ¿FUE ATENDIDO MÉDICO DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? No <input checked="" type="radio"/>		18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN a) debido a paro cardíaco monar		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		21.1 Especifica si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/>	
22.1 Fue un suceso Accidente <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en su desempeño? No <input checked="" type="radio"/>		22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Área industrial <input type="radio"/>	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: Si		22.6 Describe brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: Presencia de Choque hipertensivo III, presencia de sangrado de tubo digestivo diagnóstico de defunción por cardiopatía		22.7.1 Tipo de vivienda	
23. NOMBRE Margarita Gomez Velazquez		24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A)		25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input checked="" type="radio"/>	
26. NOMBRE Rosa Velazquez Perez		27. DOMICILIO Y TELEFONO 1921294		28. FECHA DE CERTIFICACION	
29.1 Acta Núm.		29.2 Lugar y fecha de registro		29.3 Núm. Exterior	

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

2. PACIENTE MASCULINO CARPINTERO ESCOLARIDAD 3° PRIMARIA; CON ANTECEDENTES DE SER DIABETICO TIPO 2 E HIPERTENSO; QUIEN INGRESA A SALA DE MEDICINA INTERNA HACE DOS DIAS CON DIAGNOSTICO DE INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO DE 48 HORAS DE EVOLUCION, YA CON TRATAMIENTO SIN EMBARGO PACIENTE CON HIPOTENSION, DIAFORESIS, MAL ESTADO GENERAL CAE EN CHOQUE CARDIOGENICO HACE 3 HORAS Y POSTERIOR PARO CARDIACO SE REALIZAN MANIOBRAS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR AVANZADA, SE INTUBA SIN EMBARGO NO RESPONDE DANDO HORA DE FALLECIMIENTO 9:00 PM DEL DIA 9 JULIO 2016.

INFORMA: ENRIQUE HERNANDEZ HERNANDEZ (TIO)

WhatsApp Web 4227



INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL
REGISTRO FEDERAL DE ELECTORES
CREDENCIAL PARA VOTAR

NOMBRE
LUNA
HERNANDEZ
HERNAN

EDAD 30
SEXO H

DOMICILIO
C TAMAULIPAS 211 PTE
ZONA CENTRO 89000
TAMPICO ,TAMPS.

FOLIO 047607174 AÑO DE REGISTRO 1991 01

CLAVE DE ELECTOR LNHRHR72012011H800

ESTADO 28 DISTRITO

MUNICIPIO 038 LOCALIDAD 0001 SECCION 1458





SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Forma 2017
FOLIO

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

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) <u>Heinon</u> <u>Heinandez</u> <u>Luna</u> Primer Apellido Segundo Apellido		4. ERTIDAD DE NACIMIENTO <u>Tampico, Tamps</u> Entidad federativa o país (incluyan el extranjero)	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> De ignora <input type="radio"/>	
5. CUIP <u>HTHRHR7291210114B010</u> De ignora <input type="radio"/>		6. ¿HABÍA ALGUNA LEVIGIA REGISTRADA? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> De ignora <input type="radio"/>	
7. RACIONALIDAD Mestiza <input checked="" type="radio"/> De ignora <input type="radio"/> Especificar		8. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separación <input type="radio"/> Viuda <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> De ignora <input type="radio"/>	
9. ESTADO CIVIL Para menores de un año: <u>9 9 9 9</u> Para mayores de un año: <u>9 9 9 9</u> Para menores de un mes: <u>9 9 9 9</u> Para mayores de un mes: <u>9 9 9 9</u> Para menores de un año o más: <u>9 9 9 9</u> Años cumplidos		10. ESTADÍSTICA HABITUAL Ante el doctor que emite este certificado (X) 10.1 Tipo de vivienda 10.2 Número 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 (incluya 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 type="radio"/> De ignora <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL <u>Comercio</u> De ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> De ignora <input type="radio"/>		13.1 Número de seguridad social e afiliación	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Lugar médico público <input type="radio"/> Lugar médico privado <input type="radio"/> De ignora <input type="radio"/>		14.1 Número de la unidad médica 14.2 Clave (clave de identificación de salud (CIS) (L/10))	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN <u>San Pedro</u> 15.1 Tipo de vivienda 15.2 Número 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. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/>	
17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/>		18. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CE	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite ser fatalista de morir - ejemplo: paro cardíaco, anemia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Choque cardiogenico hipertenso</u> 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 Otras causas patológicas que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o estado patológico que la produjo		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especificar 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 type="radio"/>		21.2 (Las causas anotadas en el renglón anterior corresponden a parto o puerperio?) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue en presencia: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> De ignora <input type="radio"/>		22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> De ignora <input type="radio"/>	
22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o caminata (vía pública) <input type="radio"/> Escuela o oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> De ignora <input type="radio"/>		22.4 Anote la relación que tuvo el presunto agresor con el(los) fallecido(s) Área industrial, taller, oficina u otra (trabajo o profesión) <input type="radio"/> Ocaso (trabajo o profesión) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> De ignora <input type="radio"/>	
22.5 La defunción fue registrada así en el Ministerio Público con el acta número: <u>paciente con complicaciones de un paciente hipertenso con parosco de choque cardiogenico</u>		22.6 Dependiendo de la situación, circunstancias o motivo en que se produjo la lesión del presunto agresor, homicidio o suicido	
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto agresor, homicido o suicido 22.7.1 Tipo de vivienda 22.7.2 Número 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: Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido 24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR: Médico legista <input checked="" type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> De ignora <input type="radio"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO <u>73AL3SAB1</u> Especialidad Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE: <u>Carlos</u> <u>ESPINOZA</u> <u>DE LLANO</u> Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido		28. FIRMA	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda 29.2 Número 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 <u>TAMPICO TAMPO</u> 29.8 Localidad <u>Tampico</u> 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O REGISTRO 31.1 Acta Núm. 31.2 Lugar y fecha de registro 31.3 Localidad 31.4 Municipio o delegación 31.5 Entidad federativa		32. FECHA DE REGISTRO Día Mes Año	

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

