



**Universidad del Sureste**



**Licenciatura en Medicina Humana**

**Materia:**

**Medicina forense**

**Trabajo:**

**Llenado de certificado de defunción**

**Docente:**

**Dra. Karina Romero Solorzano**

**Alumno:**

**Casto Henri Mendez Mendez**

**Semestre y grupo:**

**5° "A"**

**Comitán de Domínguez, Chiapas a; 25 de agosto de 2021**





# SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Módulo 2007  
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 PARTICIPANTES.

<b>DEL FALLECIDO</b>	
1. NOMBRE DEL FALLECIDO: <u>Herminio Luna Hernandez</u>	
3. FECHA DE NACIMIENTO: <u>19/01/1967</u>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: <u>Tamaulipas</u>
4. CURP: <u>LUH670119M</u>	6. ¿HAJAN ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? <u>Si</u>
5. EDAD CUMPLIDA: <u>38 años</u>	7. ¿HAJAN ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? <u>Si</u>
18. RESIDENCIA HABITUAL: <u>Calle Urbana Tampico</u>	9. ESTADO CORTICAL: <u>Tampico</u>
10.3 Núm. Exterior: <u>891010</u>	10.4 Núm. Interior: <u>103</u>
10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tampico</u>	10.6 Número de la vivienda: <u>Tampico</u>
10.7 Código Postal: <u>289000</u>	10.8 Localidad: <u>Tampico</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: <u>Preparatoria</u>	11.1 La escolaridad seleccionada es: <u>Preparatoria</u>
12. OCUPACIÓN HABITUAL: <u>Carpintero</u>	12.1 Trabajaba: <u>Si</u>
13. AFIILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD: <u>IMSS</u>	13.1 Número de seguridad social o afiliación: <u>310110</u>
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: <u>Secretaría de Salud</u>	
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: <u>15.1 Tipo de vivienda: <u>Urbana</u></u>	
15.2 Número de la vivienda: <u>103</u>	
15.3 Núm. Exterior: <u>891010</u>	
15.4 Núm. Interior: <u>103</u>	
15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>Tampico</u>	
15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Tampico</u>	
15.7 Código Postal: <u>289000</u>	
15.8 Localidad: <u>Tampico</u>	
15.9 Municipio o delegación: <u>Tampico</u>	
15.10 Entidad federativa: <u>Tamaulipas</u>	
16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN: <u>15/08/2021 15:00</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ARTES DE LA MUERTE? <u>Si</u>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? <u>No</u>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: <u>Choque Cardiogenico</u>	
20. Causas antecedentes: <u>DM II Hipertensivos Arteriales</u>	
21. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS? <u>No</u>	
22. ¿LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VOLERTA, ESPECIFIQUE: <u>Accidente</u>	
23. ¿OCCURRIÓ EN EL DESEMPEÑO DE SU TRABAJO? <u>No</u>	
24. ¿LA DEFUNCIÓN FUE REGISTRADA EN EL REGISTRO PÚBLICO CON EL ACTA NÚMERO: <u>310110</u>	
25. CERTIFICADA POR: <u>Médico tratante</u>	
26. ¿EL CERTIFICANTE ES MÉDICO? <u>Si</u>	
27. NOMBRE: <u>Casto Herminio Plénder</u>	
28. FIRMA: <u>[Firma]</u>	
29. DOMICILIO Y TELÉFONO: <u>Calle el cedro 467</u>	
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: <u>15/08/2021</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: <u>Comité de Dominios</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: <u>32.1 Localidad: <u>Chirapa</u></u>	
32.2 Municipio o delegación: <u>Chirapa</u>	
32.3 Entidad federativa: <u>Tamaulipas</u>	
32.4 Día Mes Año: <u>15/08/2021</u>	

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

