

Universidad del Sureste

Licenciatura en Medicina Humana

Materia:

Medicina forense

Trabajo:

Llenado de certificado de defunción

Docente:

Dra. Karina Romero Solórzano

Alumno:

Gordillo López José Luis

Semestre y grupo: 5^o "A"

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez, Chiapas a; 25 de Agosto del 2021



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 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 GUBERNAMENTAL, 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>Margarita</u> <u>Gómez</u> <u>Velázquez</u> Primer Apellido: <u>Gómez</u> Segundo Apellido: <u>Velázquez</u>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día: <u>10</u> Mes: <u>08</u> Año: <u>1970</u>	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero): <u>D.F. México</u>
5. CURP <u>GOMM8101071051MCKMLR2014</u>	6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Especificar:
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: <u>04</u> Para menores de un día: Horas: <u>04</u> Para menores de un mes: Días: <u>04</u> Para menores de un año: Meses: <u>03</u> Años: <u>11</u> Para personas de un año o más:	9. ESTADO CONYUGAL Separado/a <input type="radio"/> Viudo/a <input type="radio"/> Casado/a <input type="radio"/> En unión libre <input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> De ignora <input type="radio"/>	10. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)
10.1 Tipo de vivienda: <u>04</u> 10.2 Nombre de la vivienda: <u>1253</u> 10.3 Núm. Exterior: <u>04</u> 10.4 Núm. Interior: <u>04</u> 10.5 Tipo de asentamiento humano: <u>04</u> 10.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Cajunilla</u> 10.7 Código Postal: <u>01418101</u> 10.8 Localidad: <u>Cajunilla</u> 10.9 Municipio o delegación: <u>México</u> 10.10 Entidad federativa o país (si está en el extranjero): <u>D.F. México</u>	11. ESCOLARIDAD Ninguna <input type="radio"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> De ignora <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	13.1 Número de seguridad social o afiliación:	14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Otra unidad médica privada <input type="radio"/>
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Tipo de vivienda: <u>04</u> 15.2 Nombre de la vivienda: <u>1253</u> 15.3 Núm. Exterior: <u>04</u> 15.4 Núm. Interior: <u>04</u> 15.5 Tipo de asentamiento humano: <u>04</u> 15.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Cajunilla</u> 15.7 Código Postal: <u>01418101</u> 15.8 Localidad: <u>Cajunilla</u> 15.9 Municipio o delegación: <u>México</u> 15.10 Entidad federativa: <u>D.F. México</u>	17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar 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) <u>Choque Hipovolémico Grado III</u> (Debido a (o como consecuencia de) <u>2 hrs.</u>) b) <u>Sangrado de tubo digestivo alto</u> (Debido a (o como consecuencia de) <u>4 hrs.</u>) c) <u>Variación isofrénica Grado IV</u> (Debido a (o como consecuencia de) <u>2 meses</u>) d) <u>Cirrosis Hepática</u> (Debido a (o como consecuencia de) <u>3 años</u>) PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo <u>Hepatitis tipo C</u> (Debido a (o como consecuencia de) <u>10 años</u>)		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE:
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique 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 fueron complicaciones de embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>	21.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/>
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? SI <input type="radio"/> NO <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcelas) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:	22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio:	22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a):
22.7 Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 22.7.1 Tipo de vivienda: <u>04</u> 22.7.2 Nombre de la vivienda: <u>1253</u> 22.7.3 Núm. Exterior: <u>04</u> 22.7.4 Núm. Interior: <u>04</u> 22.7.5 Tipo de asentamiento humano: <u>04</u> 22.7.6 Nombre del asentamiento humano: <u>Cajunilla</u> 22.7.7 Código Postal: <u>01418101</u> 22.7.8 Localidad: <u>Cajunilla</u> 22.7.9 Municipio o delegación: <u>México</u> 22.7.10 Entidad federativa: <u>D.F. México</u>	24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)	26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional:
23. NOMBRE Nombre(s): <u>[Blank]</u> Primer Apellido: <u>[Blank]</u> Segundo Apellido: <u>[Blank]</u>	25. CERTIFICADA POR Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico* <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil* <input type="radio"/> Otro* <input type="radio"/> *Especifique:	28. FIRMA
27. NOMBRE Nombre(s): <u>[Blank]</u> Primer Apellido: <u>[Blank]</u> Segundo Apellido: <u>[Blank]</u>	29. DOMICILIO Y TELÉFONO 29.1 Tipo de vivienda: <u>[Blank]</u> 29.2 Nombre de la vivienda: <u>[Blank]</u> 29.3 Núm. Exterior: <u>[Blank]</u> 29.4 Núm. Interior: <u>[Blank]</u> 29.5 Tipo de asentamiento humano: <u>[Blank]</u> 29.6 Nombre del asentamiento humano: <u>[Blank]</u> 29.7 Código Postal: <u>[Blank]</u> 29.8 Localidad: <u>[Blank]</u> 29.9 Municipio o delegación: <u>[Blank]</u> 29.10 Entidad federativa: <u>[Blank]</u> 29.11 Teléfono: <u>[Blank]</u>	30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día: <u>[Blank]</u> Mes: <u>[Blank]</u> Año: <u>[Blank]</u>
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. <u>[Blank]</u> Libro Núm. <u>[Blank]</u>	32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad: <u>[Blank]</u>	



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Medio 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 GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSICIÓN DE LOS PARTICULARES.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) <u>Luna</u> Primer Apellido <u>Hernandez</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u>	
2. FECHA DE NACIMIENTO Día <u>11</u> Mes <u>19</u> Año <u>2011</u>	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
5. CURP <u>LNHPRH12120112101114B100</u> Se ignora <input type="radio"/>	6. ¿HABLARA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/> So ignora <input type="radio"/>	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos 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: <u>03</u> Años <u>10</u> Meses Se ignora <input type="radio"/>	
8.1 Foto del Certificado de Nacimiento	8.2 Semanas de gestación
9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
10. RESIDENCIA HABITUAL Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) <u>211</u> <u>Tamilipas PTC Zone Centro</u> 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 <u>18701010</u> <u>Tamilipas Tamico</u> 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"/> Preescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 11.1 La escolaridad seleccionada es: Completa <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajaba Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidades médicas privadas <input type="radio"/> 14.1 Nombre de la unidad médica 14.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)	
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 <u>10</u> Mes <u>12</u> Año <u>2016</u> Horas <u>12</u> Minutos <u>10</u>	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
18. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) PARTE I Entfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <u>Infecto agudo al Miocardio</u> Debido a (o como consecuencia de) b) <u>Choque cardiopélico</u> Debido a (o como consecuencia de) c) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u> Debido a (o como consecuencia de) d) <u>Hipertensión Arterial sistólica</u> PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	
20. INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL INICIO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE <u>48 hrs.</u> <u>3 hrs.</u> Código CIE	
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/> 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un presunto: Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Vivienda colectiva (zoológico, orfanato, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Españal u oficina pública <input type="radio"/> Área comercial o de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(a) fallecido(a) Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en 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 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: Nombre(s) <u>Luna</u> Primer Apellido <u>Hernandez</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u> 24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input type="radio"/> Médico legista <input type="radio"/> Otro médico <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad civil <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> *Especifique: 26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE: Nombre(s) <u>Luna</u> Primer Apellido <u>Hernandez</u> Segundo Apellido <u>Hernandez</u> 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 <u>10</u> Mes <u>12</u> Año <u>2016</u>	
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm. <u>1</u> Libro Núm. <u>1</u>	
32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO: 32.1 Localidad	