



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
LIC. EN MEDICINA HUMANA**

**Alumno: Leo Dan De Jesús Márquez Albores**

**Docente: Dra. Karina Romero Solorzano**

**Nombre del trabajo: Ejemplo de llenado de  
certificado de defunción**

**Materia: Medicina Forense**

**Semestre: 5**

**Grupo: A**

**Comitán de Domínguez, Chiapas. A 24 de agosto del 2021**





SECRETARÍA DE SALUD  
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Forma 2017  
FOLIO

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  
ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (ROSA) Y LA 2ª COPIA (AZUL) AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) <b>GOMEZ VELAZQUEZ MARGARITA</b>		
2. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año <b>12 9 05 1990</b>	3. SEXO Masculino <input type="radio"/> Femenino <input checked="" type="radio"/>	4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Entidad federativa o país (si nació en el extranjero) <b>JUJUALPA DE MORELOS</b>
5. CURP <b>90NMLMP80075017100</b>	6. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora Para menores de un día Para menores de un mes Para menores de un año Para menores de un año o más <b>031</b>	7. NACIONALIDAD Mexicana <input checked="" type="radio"/> Extranjera <input type="radio"/>
8. RESIDENCIA HABITUAL Antes al domicilio permanente donde vivía al fallecido (a) <b>C. PITAMPORAS MORELOS</b>	9. ESTADO CIVIL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input checked="" type="radio"/>	10.3 Núm. Exterior 10.4 Núm. Interior 10.5 Tipo de asentamiento humano 10.6 Nombre del asentamiento humano <b>1253 4 COL NOGUELOS CUJIMALPA MORELOS</b>
10.7 Código Postal 10.8 Localidad 10.9 Municipio o delegación 10.10 Entidad federativa o país (si reside en el extranjero) <b>10410001 COL NOGUELOS CUJIMALPA DE MORELOS DE</b>	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 checked="" type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>	12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Ocupación 12.2 Nombre de la actividad <b>ADQUITETA</b>
13. APLICACIÓN 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"/> Se ignora <input type="radio"/>	14. SETO 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"/> Otro establecimiento público <input type="radio"/> Hospital <input checked="" type="radio"/> Clínica <input type="radio"/> Centro de diagnóstico y referencia <input type="radio"/> Otro establecimiento de salud (CLUBS) <b>HOSPITAL DE ISSSTE Tuxtla</b>	15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN 15.1 Núm. Exterior 15.2 Núm. Interior 15.3 Tipo de asentamiento humano 15.4 Nombre del asentamiento humano <b>4750 0 FRACCIONAMIENTO SALOMON GONZALEZ BLANCO</b>
15.5 Código Postal 15.6 Localidad 15.7 Municipio o delegación 15.8 Entidad federativa <b>1290401 LAS TORRES Tuxtla Gutierrez Chiapas</b>	16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 16.1 Día 16.2 Mes 16.3 Año 16.4 Hora 16.5 Minutos <b>11 10 20 2 11 14 30</b>	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 PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>	19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa o lista más de una - ejemplo: para cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) <b>PARO CARDIORESPIRATORIO</b> Debido a (o como consecuencia de) b) <b>Choque hipotérmico III</b> Debido a (o como consecuencia de) c) <b>Cirrosis hepática</b> Debido a (o como consecuencia de) d) <b>Hepatitis C</b>	
20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE <b>ICD10 I20.0</b>	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 A 54 AÑOS 21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> No estuvo embarazada en los últimos 11 meses anteriores a la muerte <input checked="" type="radio"/>	
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 22.1 Fue un accidente Accidente <input type="radio"/> Homicidio <input type="radio"/> Suicidio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	22.2 ¿Ocurrió en el desarrollo de su trabajo? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> Vivienda colectiva (urbano, rural, etc.) <input type="radio"/> Escuela u oficina pública <input type="radio"/> Área industrial (minería, agrícola u otra) <input type="radio"/> Área deportiva <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Área comercial de servicio <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>
22.4 Anote la relación que tenía el presunto agresor con el(los) fallecido(s)	22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número	
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o hechos en los 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) Primer Apellido Segundo Apellido	24. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A)	
25. CERTIFICADA POR: Médico tratante <input checked="" 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 <b>12345678</b>	
27. NOMBRE: Nombre(s) Primer Apellido Segundo Apellido	28. FIRMA <b>[Firma]</b>	
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 <b>CALLE TIERRA BLANCA 37 0 COL</b>	29.6 Nombre del asentamiento humano <b>Tierra Blanca</b>	29.7 Código Postal 29.8 Localidad 29.9 Municipio o delegación 29.10 Entidad federativa <b>13011601 LA TIERRA BLANCA CHIAPAS</b>
30. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año <b>30 08 2019</b>	31. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 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