



Nombre del alumno: Erika patricia Altuzar Gordillo

Nombre del profesor: Karina Romero Solorzano

Nombre del trabajo: Certificado de defunción.

Materia: Medicina legal

Grado: 4º semestre

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 14 de Febrero del 2022



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Hoja 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 TRANSFERENCIA 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 Elvira Guadalupe Nombre(s) Manuel Primer Apellido		3. SEXO Hombre <input checked="" type="radio"/> / Mujer <input type="radio"/> / Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO Chiapas Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)	
2. FECHA DE NACIMIENTO 3 05 1996 Día Mes Año		6. ¿HABLA LA 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"/> Se ignora <input type="radio"/>	
5. CURP MURE 8003 MCLHL R01		8. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separación <input type="radio"/> Divorcio <input type="radio"/> Viudo/a <input checked="" type="radio"/> Soltero/a <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		9. Edad cumplida 25 Años cumplidos	
8. EDAD CUMPLIDA Para menores de un año: Minutos: _____ Horas: _____ Para menores de un mes: _____ Para mayores de un año: Meses: _____		10. RESIDENCIA HABITUAL Antes de la defunción permanente donde vivió el fallecido (a) 10.1 Tipo de vivienda: 30000 30040 10.2 Número de la vivienda: Comitan de Domínguez 10.3 Tipo de asentamiento humano: Comitan de Domínguez 10.4 Localidad: Comitan de Domínguez 10.5 Localidad: Comitan 10.6 Localidad: Comitan 10.7 Código Postal: Chiapas		11. La escolaridad seleccionada es: 11.1 Escolaridad seleccionada es: Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercera <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/>	
12. OCUPACIÓN HABITUAL 12.1 Trabajada <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		13. AFIILIACIÓN A SERVIDORES DE SALUD IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS PROSPERA <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"/> Unidad médica pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <input checked="" type="radio"/> Mérida sur 14.1 Nombre de la unidad médica: Mérida sur 14.2 Calle/Línea de Establecimientos de Salud (CLUES): 320125T58	
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 Número 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 20 04 2022 20 25 Día Mes Año Horas Minutos		17. ¿HUBO 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 (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de muerte - ejemplo: paro cardíaco, asfixia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte declarada: a) Enfermedad metabólica Debido a (o como consecuencia de): b) Diabetes mellitus Debido a (o como consecuencia de): c) _____ Debido a (o como consecuencia de): d) _____ PARTE II Otras causas patológicas significativas que contribuyeron a la muerte, pero su relación con la enfermedad o estado patológico que la produjo: 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____		20. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE: _____	
21. ¿LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 16 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"/> 21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones asociadas al embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		22. ¿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 checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/> 22.3 ¿Dónde ocurrió la lesión? Vivienda particular <input type="radio"/> Área deportiva (pista, cancha, etc.) <input type="radio"/> Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> Escuela 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 <input type="radio"/> (hacienda o parcela) <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		23. Anote el domicilio donde ocurrió la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: 23.1 Tipo de vivienda: _____ 23.2 Nombre de la vivienda: _____ 23.3 Núm. Exterior: _____ 23.4 Núm. Interior: _____ 23.5 Tipo de asentamiento humano: _____ 23.6 Localidad: _____ 23.7 Código Postal: _____ 23.8 Municipio o delegación: _____ 23.9 Nombre del asentamiento humano: _____	
24. 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"/>		25. NOMBRE: María Nombre(s) Manuel Primer Apellido Peréz Segundo Apellido		26. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A): Madre	
27. NOMBRE: Gritha Patricia Nombre(s) Altuzar Primer Apellido Gordillo Segundo Apellido		28. DOMICILIO Y TELÉFONO: Boulevard 28.1 Tipo de vivienda: 30000 28.2 Número de la vivienda: 30030 28.3 Núm. Exterior: 30030 28.4 Núm. Interior: Comitan de Domínguez 28.5 Localidad: Comitan de Domínguez 28.6 Localidad: Comitan de Domínguez 28.7 Código Postal: Chiapas		29. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 20 04 2022 Día Mes Año	
30. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: 30.1 Libro Núm.: _____ 30.2 Localidad: _____ 30.3 Municipio o delegación: _____ 30.4 Entidad federativa: _____		31. FECHA DE REGISTRO: 31.1 Fecha Núm.: _____ 31.2 Localidad: _____ 31.3 Municipio o delegación: _____ 31.4 Entidad federativa: _____		32. FECHA DE REGISTRO: 32.1 Fecha Núm.: _____ 32.2 Localidad: _____ 32.3 Municipio o delegación: _____ 32.4 Entidad federativa: _____	

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