



Francisco Javier Pérez López

Karina Romero Solórzano

“Certificado de defunción”

Materia: Medicina forense

PASIÓN POR EDUCAR

Grado: 5° semestre

Comitán de Domínguez Chiapas a 18 de febrero del 2022



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 2017.1

FOLIO

000000000

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

ENTREGUE EL ORIGINAL, LA 1ª COPIA (REG-34) Y LA 2ª COPIA (REG-35) AL REGISTRO CIVIL PASAPORTE POR 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) MARGARITA GOMEZ VELAZQUEZ		2. FECHA DE NACIMIENTO 05/07/1980		3. SEXO Hombre <input type="radio"/> Mujer <input checked="" type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		4. ENTIDAD DE NACIMIENTO DISTRITO FEDERAL	
5. CURP 610118000705MCLMLR1011		6. ¿HABLABA 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"/> Se ignora <input type="radio"/>		8. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora: Minutos: Horas: Para menores de un día: Días: Para menores de un mes: Meses: Para menores de un año: Años: Para personas de un año o más: Años cumplidos: 42	
8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:		9. ESTADO CONYUGAL En unión libre <input type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Vuelto(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input checked="" type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		10. RESIDENCIA HABITUAL Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a) CALLE PITAGORAS		10.1 Tipo de vivienda 1253 4 COLONIA MORELOS	
10.3 Núm. Exterior 014181010		10.4 Núm. Interior		10.5 Tipo de asentamiento humano CUAJIMALPA DE MORELOS		10.6 Nombre del asentamiento humano DISTRITO FEDERAL	
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 checked="" type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>		11.1 La escolaridad alcanzada es: Completa <input checked="" type="radio"/> Incompleta <input type="radio"/>		12. OCUPACIÓN HABITUAL Secretaria		12.1 Trabajaba Sí <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>	
13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna <input type="radio"/> IMSS <input checked="" type="radio"/> ISSSTE <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"/>		13.1 Número de seguridad social o afiliación 843 894 803 88		14. SITIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Otra unidad pública <input type="radio"/> Unidad médica privada <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 CALLE PITAGORAS		15.1 Tipo de vivienda 1253 4 COLONIA MORELOS		15.2 Nombre de la vivienda		15.3 Núm. Exterior 014181010	
15.4 Núm. Interior		15.5 Tipo de asentamiento humano CUAJIMALPA DE MORELOS		15.6 Nombre del asentamiento humano DISTRITO FEDERAL		15.7 Código Postal	
15.8 Localidad		15.9 Municipio o delegación		15.10 Entidad federativa		16. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 18/02/2022 03:50	
17. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" 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 (Añote una sola causa en cada renglón. Evite usar modos de morir - ejemplo: paro cardíaco, asfonia, etc.) PARTES I a) Infarto agudo de miocardio Debido a (o como consecuencia de) b) Cardiopatía coronaria Debido a (o como consecuencia de) c) Ateroesclerosis Debido a (o como consecuencia de) d) Hipertensión arterial PARTES II Obesidad, Sedentarismo		Intervento aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 1 día 2 años 5 años 10 años 15 años	
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"/> 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 checked="" type="radio"/>		21.2 ¿Las causas anotadas fueron complicación de embarazo, parto o puerperio? Sí <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>		21.3 ¿Las causas anotadas se relacionan al embarazo, parto o puerperio? Sí <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? 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"/> Viven. en colectiva (asilo, orfanato, 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 Añote la relación que tenía el presunto agresor con el (la) fallecido(a):	
22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:		22.6 Describa brevemente la situación, circunstancias o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio		22.7 Añote 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 DEL INF. PEDRO GORDILLO SOLORIZANO		24. PARENTESCO CON EL (LA) FALLECIDO(A) ESPOSO		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"/>		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO: 98 77 985 Número de la cédula profesional	
27. NOMBRE DEL CERTIFICANTE FRANCISCO JAVIER PÉREZ LÓPEZ		28. FIRMA 		29. DOMICILIO y TELEFONO 29.1 Tipo de vivienda AVENIDA LOS PINOS 29		29.2 Nombre de la vivienda 14 COLONIA	
29.3 Núm. Exterior EL CEDRO		29.4 Núm. Interior		29.5 Tipo de asentamiento humano COMITÁN DE DOMINGUEZ		30. FECHA DE CERTIFICACIÓN 18/02/2022	
29.6 Nombre del asentamiento humano		29.7 Código Postal 3101110		29.8 Localidad CHIAPAS		29.9 Municipio o delegación	
29.10 Entidad federativa		29.11 Teléfono 96331121957		31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO Núm. Libro Núm.		32. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 32.1 Localidad 32.2 Municipio o delegación 32.3 Entidad federativa 32.4 Día Mes Año	
31.1 Acta Núm.		32.1 Localidad		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa	
31.1 Acta Núm.		32.1 Localidad		32.2 Municipio o delegación		32.3 Entidad federativa	

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

› Anverso

