

DEPENDENCIA: SERVICIOS PERICIALES
DEPARTAMENTO: MEDICINA FORENSE

ASUNTO: DICTAMEN DE NECROPSIA

MUNICIPIO DE RIO VERDE, S. L. P., A 26 DE AGOSTO DEL 2016

C. AGENTE DEL MINISTERIO PUBLICO ADSCRITO A LA UNIDAD DE ATENCION TEMPRANA
CON SEDE EN RAYON, S. L. P.
P R E S E N T E

El que suscribe, perito médico oficial, legalmente autorizado para ejercer su profesión, siendo las **09:00 horas**, por disposición del C. Agte. Del Min. Púb., practicamos el estudio de necropsia en el cuerpo de quien en vida llevara el nombre: **EDGAR DE LA CRUZ GONZALEZ**, sexo masculino, de 06 meses de edad.

SOMATOMETRIA: estatura de 59 cm, Perímetro torácico de 42 cm, perímetro abdominal de 34 cm, complexión delgada, constitución débil, Tez morena blanca, Pelo negro, frente mediana, ceja poblada, ojos café claro, nariz mediana, boca mediana, labios regulares, mentón oval, orejas pequeñas, adoncia total. Señas particulares: Ninguna.

SIGNOS CADAVERICOS: presenta opacidad corneal bilateral con los ojos entreabiertos, temperatura inferior a la mano que explora, rigidez de la articulación temporomandibular, abatible, flacidez de las extremidades, livideces confluentes, fijas, en las regiones dorsales del cuerpo.

LESIONES AL EXTERIOR: no presenta lesiones externas corporales traumáticas recientes.

HALLAZGOS: ojos hundidos, eritema en región genital y anal.

A LA APERTURA DE LAS CAVIDADES ENCONTRAMOS LO SIGUIENTE:

CRANEANA: Al corte de los tejidos blandos sin lesiones externas corporales traumáticas.

CUELLO: al corte de tejidos blandos y cartilaginosos sin lesiones.

TORAX: al corte los tejidos blandos planos cutáneos y musculares íntegros sin lesiones, al retirar petocostoesternal se encuentra integridad de parrilla costal, así como de cavidades pleurales, esternón y cuerpos vertebrales. Pulmones de aspecto pálidos, subcrepitantes, al corte sin alteraciones. Pericardio y corazón sin alteraciones, las cámaras con escasa cantidad de sangre líquida y organizada, diafragma sin alteraciones.

ABDOMEN: al corte de los tejidos blandos sin alteraciones y sin evidencia de lesiones traumáticas. A la apertura epiplón sin alteraciones. Estómago pálido de consistencia blanda, sin alteraciones. Hígado de consistencia firme, al corte sin alteraciones macroscópicas. Bazo sin alteraciones, asas intestinales pálidas sin alteraciones, vejiga sin presencia de orina. Riñones de consistencia firme, fácilmente descapsulables, de aspecto multilobulados, al corte sin alteraciones macroscópicas.

EXTREMIDADES: anatómicamente funcionales.

En base a lo anterior se llega a la siguiente:

CONCLUSION

QUIEN EN VIDA LLEVARA EL NOMBRE DE: EDGAR DE LA CRUZ GONZLAEZ, FALLECIO A CONSECUENCIA DE: CHOQUE HIPOVOLEMICO SECUNDARIO A DESHIDRATACION SEVERA PRODUCIDA POR GASTROENTERITIS AGUDA. CRONOTANATO DIAGNOSTICO PROBABLE DE 22 HORAS PREVIAS AL MOMENTO DEL INICIO DEL PROTOCOLO DE NECROPSIA.



DIRECCION DE SERVICIOS
PERICIALES, CRIMINALISTAS
Y MEDICINA FORENSE
SERVICIO MEDICO LEGAL

ATENTAMENTE

DR. EDUARDO ORTIZ BALBUENA.

CEDULA PROFESIONAL 1792425

c.c.p. Archivo.



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

160622426

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN. LA INFORMACIÓN EN ESTE CERTIFICADO Y SU TRATAMIENTO ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA NORMATIVIDAD APLICABLE VIGENTE EN MATERIA DE TRANSPARENCIA Y PROTECCIÓN DE DATOS

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) Nombre(s) EDGAR DE LA CRUZ GONZALEZ Apellido paterno Apellido materno	
	2. CURP CUGELICU207H5PRNDA99 Se ignora 099	3. SEXO Hombre 01 Mujer 02 Se ignora 09
	4. NACIONALIDAD Mexicana 01 Otra 02 Se ignora 09	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí 01 No 02 Se ignora 09	6. PESO 6.500 Kilogramos Gramos
DEL FALLECIDO	7. TALLA 1.59 Metros Centímetros	8. FECHA DE NACIMIENTO 10/10/2001/6 Día Mes Año
	9. 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 Años cumplidos Se ignora 09	
	9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:	10. ESTADO CONYUGAL En unión libre 04 Separado(a) 06 Divorciado(a) 03 Viudo(a) 02 Soltero(a) 01 Casado(a) 05 Se ignora 09
	11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) 11.1 Calle y número DOMICILIO CONOCIDO 11.2 Colonia LA MANZANILLA 11.3 Localidad TAMASOPO 11.4 Municipio o delegación SAN CAYETANO, POTOSÍ 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)	
DEL FALLECIDO	12. ESCOLARIDAD Ninguna 01 Primaria incompleta 02 Secundaria incompleta 04 Bachillerato o preparatoria incompleta 011 Profesional 07 Se ignora 099 Preescolar 012 Primaria completa 03 Secundaria completa 05 Bachillerato o preparatoria completa 06 Posgrado 010	13. OCUPACIÓN HABITUAL Ninguna 01 Se ignora 099 13.1 Trabajaba Sí 01 No 02 Se ignora 09
	14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna 01 ISSSTE 03 SEDENA 05 Seguro Popular 07 Otra 08 IMSS 02 PEMEX 04 SEMAR 06 IMSS Oportunidades 010 Se ignora 099	14.1 Número de seguridad social o afiliación 2910793741-6
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud 01 IMSS 03 PEMEX 05 SEMAR 07 Unidad médica privada 09 IMSS Oportunidades 02 ISSSTE 04 SEDENA 06 Otra unidad pública 08	15.1 Nombre de la unidad médica 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) 15.3 Vía pública 010 Otro lugar 012 Hogar 011 Se ignora 099
	16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN CAMINO DE LA MANZANILLA A VICENTE GUERRERO RANCHO NUEVO 16.1 Calle y número TAMASOPO 16.2 Colonia 16.3 Localidad SAN CAYETANO, POTOSÍ 16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa	
DE LA DEFUNCIÓN	17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN 12/10/2016 11:40 Día Mes Año Horas Minutos	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí 01 No 02 Se ignora 09
	19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA? Sí 01 No 02	
	20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfisia, etc.) PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) CHOQUE HIPOVOLEMICO Debido a (o como consecuencia de) b) DESHIDRATACION SEVERA Debido a (o como consecuencia de) c) GASTROENTERITIS AGUDA Debido a (o como consecuencia de) d) PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte 12 HORA 12 HORA 12 HORA Código CIE
	22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: El embarazo 01 El parto 02 El puerperio 03 43 días a 11 meses después del parto o aborto 04 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte 05	22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí 01 No 02
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS	23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE 23.1 Fue un presunto Accidente 01 Homicidio 02 Suicidio 03 Se ignora 09 23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí 01 No 02 Se ignora 09	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión Vivienda particular 01 Área deportiva 03 Calle o carretera (vía pública) 04 Área comercial o de servicios 05 Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) 01 Escuela u oficina pública 02 Se ignora 09
	23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?	
	23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: 114/2016	23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión
	23.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión 23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad 23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa	
DEL INF.	24. NOMBRE Nombre(s) LUCIA GONZALEZ HERNANDEZ Apellido paterno Apellido materno	25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) MAMA
	26. CERTIFICADA POR Médico tratante 01 Médico legista 02 Otro médico 03 Persona autorizada por la Secretaría de Salud 04 Autoridad civil 05 Otro 08	27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO 1792425 Número de la cédula profesional
	28. NOMBRE DR. EDUARDO ORTIZ KALIBVEA Nombre(s) Apellido paterno Apellido materno	29. TELÉFONO 87-20264
	30. DOMICILIO ZONCE FERRERIL SIN COLUMBO ILUSION RIVERA, S.C.Y	31. FIRMA 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN 12/10/2016 Día Mes Año
DEL REG. CIVIL	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO Núm. Libro Núm.	34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad 34.2 Municipio o delegación 34.3 Entidad federativa 34.4 Día Mes Año

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD