



Procuraduría Gnal.
De Justicia del Edo.

RECIBI ORIGINAL
14/05/2007

000497

433

DEPENDENCIA: PROCURADURÍA GENERAL
DE JUST. DEL ESTADO
SECCION: SERVICIOS PERICIALES.
NUMERO: 803.
EXPEDIENTE Av.Prev. No 52/2007

ASUNTO: PROTOCOLO DE RECONOCIMIENTO
MEDICO EXTERIOR Y AUTOPSIA DE LEY

TEOTITLÁN DE FLORES MAGÓN, Oaxaca., a 12 de mayo del 2007.



TEOTITLÁN DE FLORES MAGÓN, OAX.
PRESENTE.

En atención a su oficio de No. 803, de esta misma fecha, y dentro de la Av. Prev. al rubro anotada, dirigida al C. Director de los Servicios Periciales de Esta General de Justicia del Estado, de Oaxaca, donde solicita perito Médico para que se constituya en el descanso Municipal de la Población de Teotitlán de Flores Magón, y realice RECONOCIMIENTO MEDICO EXTERIOR Y AUTOPSIA DE LEY, en un cadáver de sexo masculino, quien en vida respondiera al nombre de OFELIO MATADAMAS CRUZ, al efecto que fui comisionado a continuación le expongo el resultado de mi intervención:

RECONOCIMIENTO MEDICO EXTERIOR Y AUTOPSIA DE LEY DE: OFELIO MATADAMAS CRUZ, realizado a las 13:00 hrs. del día 12 de mayo del 2007, en TEOTITLÁN DE FLORES MAGÓN, Oax.

MEDIA FILIACIÓN: Individuo del sexo MASCULINO quien es reconocido por sus familiares, raza mestiza, tez clara; complexión delgada; de 1.65 metros de estatura, por 68.00 Kg. de peso aprox. y de 70 AÑOS DE EDAD APROX.; NO FUE POSIBLE OBTENER RASGOS FACIALES POR AUSENCIA DE TEJIDOS BLANDOS OCASIONADO POR FAUNA LOCAL ROEDORES, AVES DE RAPIÑA Y GUSANOS; I.

AL EXTERIOR: Presenta todos los signos de una muerte real y verdadera y los de haber fallecido hace (6 DÍAS.) aprox. de acuerdo al Cronotanatodiagnostico como es: Ausencia de signos vitales, disminución de la temperatura corporal, EN PARTES EXPUESTAS FLACIDEZ CADAVERICA GENERALIZADA., LESIONES: PRESENTA DOS HERIDAS UNA DE CUATRO CML DE LONGITUD EN REGIÓN OCCIPITAL Y OTRA DE 5 CM. EN REGIÓN PARIETAL IZQUIERDA DEL CRÁNEO, AUSENCIA DE TEJIDOS BLANDOS SUPERFICIALES POR FAUNA CADAVERICA QUE SE ENCUENTRAN EN ORIFICIOS ORBICULAR Y ORAL, CONTANDO SOLAMENTE CON DOS PIEZAS DENTARIAS CANINO SUPERIOR E INFERIOR DERECHOS , CON DEFORMIDAD DE LA EXTREMIDAD INFERIOR DERECHA POR FRACTURAS; PIEL MACERADA EN RESTO DEL CUERPO.

AL INTERIOR: Abiertas las cavidades.

DE LA REPUBLICA
SERVICIOS A LA
BUSQUEDA DE
RECIBOS

CRÁNEO: Se disecciona cuero cabelludo, y se aprecia por debajo de este gran infiltrado hemático en las regiones parietal izquierda, occipital, apreciando de inmediato DOS FRACTURAS DE LOS HUESOS, 1. PARIETAL IZQUIERDO Y 2. OCCIPITAL QUE AL SEPARARLOS SE APRECIA EL TEJIDO CEREBRAL EDEMATOSO Y CON HEMATOMA INTRAPARENQUIMATOSO.

TÓRAX Y ABDOMEN: Se disecciona piel de mentón a pubis, se seccionaron los cartilagos costales, se levanto la pechera esternal encontrando. Los Pulmones congestivos y crepitantes equimóticos; el Corazón parado en sistole; en cavidad abdominal encontramos: el Hígado equimótico, El Páncreas Equimótico, El Estomago Equimótico, las Asas Intestinales delgadas equimóticas.

CONCLUSIÓN: La causa de la muerte de: OFELIO MATADAMAS CRUZ ES: TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO SEVERO CON FRACTURAS DE HUESOS DEL CRÁNEO, HEMORRAGIA CEREBRAL INTRACRANEANA A CONSECUENCIA DE CONTUSIÓN PROFUNDA DE CRÁNEO, DE NATURALEZA PASIVA.

SE HACE ENTREGA DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN NUMERO DE FOLIO: 070205566

Lo anterior lo hago de su conocimiento para los efectos legales correspondientes.

ATENTAMENTE:
"SUFRAGIO EFECTIVO" NO REELECCIÓN
"EL RESPETO AL DERECHO AJENO ES LA PAZ"

[Redacted signature area]



DIRECCIÓN DE DERECHOS

PROCURADURÍA DE
SUBPROCURADURÍA DE
INVESTIGACIÓN
ESPECIAL
UNIDAD ESPECIAL
DE INVESTIGACIÓN



182
000498

[Redacted]
434

OFELIO
X
DIRECCIÓN
MAGON OSHUMA

MATADAMAS

CRUZ

REPUBLICA
MAGON

J.G. ORTIZ NUMERO 16

COLONIA GUADALUPE HUMANOS
TEOTITLAN DE FLORES MAGON

OAXACA

HERRERO

BUSQUEDA DE
CIDAS

X

X

X

PARAJE LA ESPAÑA

TEOTITLAN DE FLORES MAGON

OAXACA

06 0 5 2 0 0 7

X

X

[Redacted]



PROCURADURIA GENERAL DE LA REPUBLICA
DE DEFENSA ORGANIZACION
GANIZADA EN DEFENSA
IZADA EN INVESTIGACION
FRANCISCO DE ARIZONA EN
FRANCISCO
DE ARIZONA

X

X

X

52/2007

DE LA REPUBLICA
EXICANOS

[Redacted]

SOBRINO

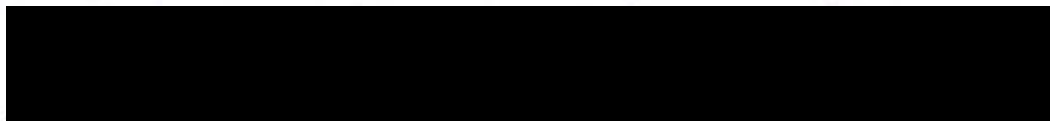
4151333

[Redacted]

PROCURADURIA GENERAL DE
JUSTICIA DEL ESTADO

1 2 0 5 2 0 0 7

103 435



x x 1 4 0 2 1 9 7 8
0 2 3 000499

DEPARTAMENTO DE DERECHOS HUMANOS
Y SERVICIOS A LA COMUNIDAD
Calle Gregorio Gomez No. 66
Col. Centro, Ocotlan de Morelos
Ocotlan de Morelos Oaxaca.

Empleado,



AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO
OCOTLAN DE MORELOS OAX

Calle Gregorio Gomez No 66
Col. Centro, Ocotlan de Morelos
Ocotlan de Morelos Oaxaca.

ca: 00 Repate.

1 2 0 5 2 0 0 7 Se ignora



ASFIXIA POR BRONCOASPIRACION DE CONTENIDO
GASTROESOFAGICA EN PERSONA CON ALCOHOLISMO

AGENCIA DEL MINISTERIO PÚBLICO
OCOTLAN DE MORELOS OAX

GENERAL DE LA REPUBLICA
SECRETARIA DE JUSTICIA FEDERAL
INVESTIGACION
DE DELITOS
Y TRAFICO DE ARMA

Av. Prev. 183/2007.

DE LA REPUBLICA
DERECHOS HUMANOS
Y SERVICIOS A LA
COMUNIDAD
UNIDAD DE BÚSQUEDA
DE PERSONAS DESAPARECIDAS

000500

134 436

DEPENDENCIA:	PROCURADURÍA GENERAL DE JUST. DEL ESTADO
SECCION:	SERVICIOS PERICIALES.
NUMERO:	S/N.
EXPEDIENTE	A.P. N°. 83/H.J./2007

470181
04191090
19/11/97



ASUNTO: EL QUE SE INDICA..

HUAUTLA DE JIMÉNEZ, OAX., A 12 DE MAYO DEL 2007.



HUAUTLA DE JIMÉNEZ, OAX.



En atención a la indicación hecha mediante oficio s/n de esta misma fecha, al C. Director de Servicios Periciales, para que Medico de esta Procuraduría intervenga dentro de la ve. Previa de No. Al rubro indicado le informo:

RECONOCIMIENTO MEDICO EXTERIOR DE LOS CADÁVERES DE: RUTILIO ESTRADA REYES Y AURELIA ORTIZ VASQUEZ, realizados a las 18:00 hrs. del día 12 de Mayo del 2007, en la población de: San Marcos Liquidambar, San Lucas Zoquiapan, Oax. después de las indicaciones expresas del Secretario del Ministerio Publico de Huautla, y ordenado a este por la Superioridad El Dispense de Autopsia por ser evidente la causa de la muerte.

RUTILIO ESTRADA REYES:

MEDIA FILIACIÓN: Individuo del sexo MASCULINO; raza mestiza, tez morena, compleción media; de 1.65 metros de estatura, por 78:00 Kg. de peso aprox. y de 37 AÑOS DE EDAD; pelo negro lacio, corto; frente mediana; cejas negras; ojos color café; nariz grande y recta; labios delgados; boca grande; mentón oval.

AL EXTERIOR: Presenta todos los signos de una muerte real y verdadera y los de haber fallecido hace (10 - 14 hs.) aprox. de acuerdo al Cronotanatodiagnostico como es: Ausencia de signos vitales, disminución de la temperatura corporal, opacidad corneal bilateral, rigidez cadavérica, y livideces en regiones posteriores del cuerpo. LESIONES: Presenta: HERIDA CONTUSA DE OCHO CM. DE LONG. EN REGION PARIETAL IZQUIERDA DEL CRANEO, CON FRACTURA DE HUESO PARIETAL Y EXPOSICIÓN DE TEJIDO CEREBRAL; FRACTURA DE MAXILAR INFERIOR DEL LADO DERECHO; FRACTURA EXPUESTA DE HUMERO IZQUIERDO; DEFORMIDAD DEL TORAX POR FRACTURAS DE ARCOS COSTALES; FRACTURA DE FÉMUR DERECHO EN SU TERCIO DISTAL. ESCORIACIONES DISEMINADAS EN EL CUERPO.

CONCLUSIÓN: La causa de la muerte de: RUTILIO ESTRADA REYES : TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO SEVERO CON FRACTURAS DE HUESOS DE CRANEO, CARA Y TORAX OCASIONADOS EN UN HECHO DE TRANSITO DE VEHÍCULO DE MOTOR. (VOLCADURA).

DE LA REPUBLICA MEXICANA
SERVICIOS A LA BÚSQUEDA DE PERSONAS DESAPARECIDAS

[REDACTED]

MEDIA FILIACIÓN: Individuo del sexo FEMENINO, raza mestiza; tez moreno; de 1.60 m. de estatura por 65:00 kgr. De peso aprox. y de 32 AÑOS DE EDAD; pelo negro lacio crecido; frente mediana; cejas negras; ojos color café; nariz recta mediana; labios delgados; boca regular.

AL EXTERIOR: Presenta todos los signos de una muerte real y verdadera y los de haber fallecido hace (10 - 14 hrs.) aprox. de acuerdo al Cronotanatodiagnóstico, como es: Ausencia de signos vitales, disminución de la temperatura corporal, opacidad corneal, rigidez cadavérica y livideces en regiones posteriores del cuerpo. **LESIONES, PRESENTA:** TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO SEVERO CON FRACTURA DE HUESO TEMPORAL DEL LADO DERECHO Y OTORRAGIA DEL MISMO LADO ASI COMO SALIDA DE SANGRE POR FOSAS NASALES; FRACTURA DE FÉMUR DERECHO; EQUIMOSIS AMPLIA EN TERCIO MEDIO DE FÉMUR DEL LADO DERECHO; EXCORIACIÓN DERMEOEPIDÉRMICAS DISEMINADAS EN TORAX Y ABDOMEN.

CONCLUSIÓN: La causa de la muerte de AURELIA ORTIZ VASQUEZ ES: TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO SEVERO CON FRACTURAS DE HUESOS DE CRANEO Y EXTREMIDADES, OCASIONADOS EN UN HECHO DE TRANSITO DE VEHICULO DE MOTOR (VOLCADURA).

Lo anterior lo hago de su conocimiento para los efectos legales correspondientes.

ATENTAMENTE:
"SUFRAGIO EFECTIVO" NO REELECCIÓN
"EL RESPETO AL DERECHO NO ES LA PAZ"

[REDACTED]

PROCURADURÍA DE DEFENSA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
PROCURADURÍA DE DEFENSA
SUBPROCURADURÍA DE INVESTIGACIÓN ORGANIZADA ESPECIALIZADA DE TERRORISMO ACOPIC

DIR. DE REC.

PROCURADURÍA DE DEFENSA
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS
SUBPROCURADURÍA DE DEFENSA
PREVENCIÓN DEL DELITO COMUNITARIO
ALÍA ESPECIALIZADA DE PERSONAS DESAPARECIDAS



000501
SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

437
 135
 070205602

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO



Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Mexicana <input checked="" type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique _____		04 06 19 69 Día Mes Año	
5. EDAD CUMPLIDA 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 37 Años cumplidos		Desconocida <input type="checkbox"/> (consulte el instructivo de llenado)	
5.1 PESO _____ Gramos		6. CURP DEL FALLECIDO(A) _____	
7. ESTADO CIVIL Soltero(a) <input type="checkbox"/> 1 Viudo(a) <input type="checkbox"/> 2 Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 3 En unión libre <input type="checkbox"/> 4 Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> 5 Se ignora <input type="checkbox"/> 9			
8. RESIDENCIA HABITUAL (Anotar el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)) DOMICILIO CONOCIDO EN SAN MARCOS LIQUIDAMBAR SN. LUCAS ZOQUIAPAM, TEOTITLAN F. MAGON. 8.1 Calle y número TEOTITLAN DE FLORES MAGON, OAX. 8.2 Localidad o Colonia OAXACA. 8.4 Entidad Federativa 8.3 Municipio o Delegación			
9. OCUPACIÓN HABITUAL CAMPESINO.		10. ESCOLARIDAD Primaria incompleta (de 1 a 5 grados) <input type="checkbox"/> 2 Primaria completa <input checked="" type="checkbox"/> 3 Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> 4 Secundaria completa <input type="checkbox"/> 5 Bachillerato o preparatoria <input type="checkbox"/> 6 Profesional <input type="checkbox"/> 7 No aplica <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
11. INSTITUCIÓN DE DERECHO HABIENTE Ninguna <input type="checkbox"/> 1 IMSS <input type="checkbox"/> 2 ISSSTE <input type="checkbox"/> 3 PEMEX <input type="checkbox"/> 4 SEDENA <input type="checkbox"/> 5 SEMAR <input type="checkbox"/> 6 Seguro Popular <input type="checkbox"/> 7 Otra <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input checked="" type="checkbox"/> 9			
12. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN _____ Se ignora <input checked="" type="checkbox"/> 99			
13. LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Marque con una "X" el lugar donde ocurrió la defunción. Si ésta sucedió en un lugar diferente a los descritos en las opciones, seleccione la opción "Otro Lugar" (12). Anote en la pregunta 14 el domicilio.			
Secretaría de Salud <input type="checkbox"/> 1 IMSS Oportunidades <input type="checkbox"/> 2 IMSS <input type="checkbox"/> 3 ISSSTE <input type="checkbox"/> 4 PEMEX <input type="checkbox"/> 5 SEDENA <input type="checkbox"/> 6 SEMAR <input type="checkbox"/> 7 Otra unidad pública <input type="checkbox"/> 8		Unidad Médica privada <input type="checkbox"/> 9 13.1 Nombre de la unidad médica _____ Vía pública <input checked="" type="checkbox"/> 10 Otro lugar <input type="checkbox"/> 11 Hogar <input type="checkbox"/> 11 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
14. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN CAMINO DE TERRACERIA ENTRE VISAGE Y SN. MARCOS LIQUIDAMBAR SN. LUCAS ZOQUIAPAM, TEOTITLAN F. MAGON. 14.1 Calle y número TEOTITLAN DE FLORES MAGON, OAX. 14.2 Localidad o Colonia OAXACA. 14.4 Entidad Federativa 14.3 Municipio o Delegación			
15. FECHA DE LA DEFUNCIÓN 1 2 0 5 2 0 0 7 Día Mes Año		15.1 HORA DE LA DEFUNCIÓN 0 5 3 0 Hora aproximada	
16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí <input checked="" type="checkbox"/> 1 No <input checked="" type="checkbox"/> 2	
18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.) TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO SEVERO CON FRAC TURAS DE HUESOS DE CRANEO, CARA Y TORAX OCA SIONADOS EN UN HECHO DE TRANSITO DE VEHICULO DE MOTOR (volcadura).			
PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) _____ b) _____ c) _____ d) _____		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte código CIE-10	
PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo			
19. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Espacio para código CIE-10		20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE El embarazo <input type="checkbox"/> 1 El parto <input type="checkbox"/> 2 El puerperio <input type="checkbox"/> 3 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="checkbox"/> 4 No estuvo embarazada durante los 11 meses previos a la muerte <input type="checkbox"/> 5	
21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2		22. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS COMPLICARON EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2	
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE			
23.1 Fue un presunto Accidental <input checked="" type="checkbox"/> 1 Homicidio <input type="checkbox"/> 2 Suicidio <input type="checkbox"/> 3 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
23.3 Lugar donde ocurrió la lesión Vivienda particular <input type="checkbox"/> 0 Áreas deportivas <input type="checkbox"/> 3 Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="checkbox"/> 6 Institución residencial <input type="checkbox"/> 1 Calle o carretera (vía pública) <input checked="" type="checkbox"/> 4 Granja (rancho o parcela) <input type="checkbox"/> 7 Escuela u oficina pública <input type="checkbox"/> 2 Área comercial o de servicios <input type="checkbox"/> 5 Otro <input type="checkbox"/> 8 Se ignora <input type="checkbox"/> 9		23.4 Violencia familiar ¿El presunto agresor es familiar del fallecido(a)? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 2 Se ignora <input type="checkbox"/> 9	
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número AP. 83(H.J.)/2007.		23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión	
23.7.1 Calle y Localidad o Colonia CAMINO DE TERRACERIA ENTRE VISAGE Y S. MARCOS LIQUIDAMBAR SN. LUCAS ZOQUIAPAM, TEOTITLAN F. MAGON, OAXACA.			

ENTREGUE EL ORIGINAL Y LAS DOS COPIAS AL REGISTRO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DEL FALLECIDO DE LA DEFUNCIÓN MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

REPUBLICA MEXICANA
 ECHOS HUMANOS
 SERVICIOS A LA
 BÚSQUEDA DE
 RECIDAS



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

Modelo 20
FOLIO

000532 07020558

ANTES DE LLENAR EL CERTIFICADO, ES NECESARIO QUE LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

2. SEXO: Masculino Femenino Desconocido
3. NACIONALIDAD: Mexicana Otra Especifique: _____
4. FECHA DE NACIMIENTO: 28/09/1974

5. EDAD CUMPLIDA: 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 32
Desconocida (consulte el instructivo de llenado)

5.1 PESO: Gramos _____
6. CURP DEL FALLECIDO(A): _____

7. ESTADO CIVIL: Soltero(a) Viudo(a) Divorciado(a) En unión libre Casado(a) Se ignora
8. RESIDENCIA HABITUAL: DOMICILIO CONOCIDO EN SAN MARCOS LIQUIDAMBAR - SN. LUCAS ZOQUIAPAM, TEOTITLAN F. MAGON. 8.1 Calle y número: _____
8.2 Localidad o Colonia: TEOTITLAN DE FLORES MAGON, OAX. 8.3 Municipio o Delegación: _____ 8.4 Entidad Federativa: OAXACA.

9. OCUPACIÓN HABITUAL: EL HOGAR.
10. ESCOLARIDAD: Ninguna Primaria Incompleta (de 1 a 5 grados) Primaria completa Secundaria Incompleta Secundaria completa Bachillerato o preparatoria Profesional No aplica Se ignora
11. INSTITUCIÓN DE DERECHOHABIENTIA: Ninguna IMSS ISSSTE PEMEX SEDENA SEMAR Seguro Popular Otra Se ignora

12. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL O DE AFILIACIÓN: _____ Se ignora
13. LUGAR DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN: Secretaría de Salud IMSS Oportunidades IMSS ISSSTE PEMEX SEDENA SEMAR Otra unidad pública Unidad Médica privada Seguro Popular Otra Se ignora
14. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN: CAMINO DE TERRACERIA ENTRE VISAGE Y SN. MARCOS LIQUIDAMBAR. 14.1 Calle y número: _____ 14.2 Localidad o Colonia: TEOTITLAN DE FLORES MAGON, OAX. 14.3 Municipio o Delegación: _____ 14.4 Entidad Federativa: OAXACA.

15. FECHA DE LA DEFUNCIÓN: 12/05/2007
15.1 HORA DE LA DEFUNCIÓN: 05:30
16. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA ANTES DE LA MUERTE? Sí No Se ignora
17. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí No

18. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN. (Anotar una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco-, asfexia, etc.)
PARTE I: Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente. **TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO SEVERO CON FRACTURAS DE HUESOS DE CRANEO Y EXTREMIDADES OCASIONADOS EN UN HECHO DE TRANSITO DE VEHICULO DE MOTOR (volcadura).-**
Causas, antecedentes, estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.
PARTE II: Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo.

19. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN: Espacio para código CIE-10: _____
20. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER EN EDAD FÉRTIL, ESPECIFIQUE SI LA MUERTE OCURRIÓ DURANTE: El embarazo El parto El puerperio
21. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS FUERON COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí No
22. ¿LAS CAUSAS ANOTADAS COMPLICARON EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO? Sí No

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:
23.1 Fue un presunto: Accidente Homicidio Suicidio Se ignora
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí No Se ignora
23.3 Lugar donde ocurrió la lesión: Vivienda particular Institución residencial Áreas deportivas Calle o carretera (vía pública) Área industrial (taller, fábrica u obra) Granja (rancho o parcela) Otro Se ignora
23.4 Escuela u oficina pública Área comercial o de servicios

23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: AP. 83(H.J.)2007.
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: _____

23.7.1 Calle y Localidad o Colonia: CAMINO DE TERRACERIA ENTRE VISAGE Y SN. MARCOS LIQUIDAMBAR. SN. LUCAS ZOQUIAPAM, TEOTITLAN F. MAGON, OAXACA.

ENTREGUE EL ORIGINAL Y LAS DOS COPIAS AL REG. RO CIVIL PARA OBTENER EL ACTA DE DEFUNCIÓN

DE LA DEFUNCIÓN
MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS

REPUBLICA MEXICANA
DERECHOS HUMANOS
AYUDA Y SERVICIOS A LA
COMUNIDAD
UNIDAD DE BÚSQUEDA DE
SAPARECIDAS