Secretaría de Salud
Dirección General de Epidemiología
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones
SERVICIO MÉDICO FORENSE

Folio

Fecha de elaboración
Día Mes Año

Número de identificación

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha de nacimiento
Día Mes Año

Edad

Entidad de residencia _____

Anónimo 1 Sí 2 No Sexo 1 Masculino 2 Femenino Embarazo 1 Sí 2 No Municipio de residencia _____

Nombre: _____ _____ _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre(s)

DATOS DEL SERVICIO MÉDICO FORENSE

Entidad _____

Jurisdicción _____

Municipio _____

Fecha de defunción
Día Mes Año

Nombre del Servicio Médico Forense _____

CONDICIONES DEL FALLECIMIENTO

Número de Certificado de Defunción

Causa de la muerte

Causa directa de la muerte _____

Causa básica _____

¿En qué lugar ocurrió la muerte?

1 En tránsito
2 Hogar
3 Vía pública
4 Escuela
5 Sitio de recreación
6 Trabajo
7 Otro _____
8 Se desconoce

¿La defunción fue presuntamente causada por?

1 Accidente
2 Homicidio
3 Suicidio
4 Muerte no violenta

DATOS DE QUÍMICA Y TOXICOLOGÍA

¿La muerte se presentó bajo la influencia de alguna sustancia (alcohol, droga y/o psicotrópico)?

1 Sí (continúe el cuestionario)
2 No (finalice el cuestionario)

¿Bajo la influencia de qué sustancias y/o drogas ocurrió la muerte? *(Escriba el(los) nombre(s) de la sustancia(s) en la(s) línea(s))*

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____

¿Alguna de estas sustancias y/o drogas, se confirmó con laboratorio?

1 Si
2 No

¿Cuál(es)?

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____