

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

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha de elaboración

--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de nacimiento

Día		Mes		Año			

Rango aproximado

Edad

--	--	--	--

Entidad de residencia _____ Municipio de residencia _____ Lugar de levantamiento _____

Desconocido ☐ 1 Sí ☐ 2 No

Sexo ☐ 1 Masculino ☐ 2 Femenino

Embarazo ☐ 1 Sí ☐ 2 No

Puerperio ☐ 1 Sí ☐ 2 No

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

DATOS DEL SERVICIO MÉDICO FORENSE

Entidad _____ **Nombre del Servicio Médico Forense** _____

Jurisdicción _____

Municipio _____

Número de Certificado de Defunción

--	--	--	--	--	--	--	--

Cuando son identificados

Intervalo posmortem o fecha de defunción

Día		Mes		Año			

CONDICIONES DEL FALLECIMIENTO

Causa directa de la muerte (Catálogo CIE - 10) _____

Causa básica (Catálogo CIE - 10) _____

¿En qué lugar ocurrió la muerte?

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Accidente de tránsito | <input type="checkbox"/> 3 Vía pública | <input type="checkbox"/> 5 Sitio de recreación | <input type="checkbox"/> 7 Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> 2 Hogar | <input type="checkbox"/> 4 Escuela | <input type="checkbox"/> 6 Trabajo | <input type="checkbox"/> 8 Se desconoce |

¿La defunción fue presuntamente causada por?

- | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Accidente | <input type="checkbox"/> 2 Homicidio | <input type="checkbox"/> 3 Suicidio | <input type="checkbox"/> 4 Muerte no violenta | <input type="checkbox"/> 5 Se ignora |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------------|

DATOS DE QUÍMICA Y TOXICOLOGÍA

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Sí (continúe el cuestionario) | <input type="checkbox"/> 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?

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 Si | <input type="checkbox"/> 2 No |
|-------------------------------|-------------------------------|

¿Cuál(es)?

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____