

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

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha de elaboración

--	--	--	--	--

Rango aproximado

--	--	--	--	--

--	--	--

Entidad de residencia _____

Municipio de residencia _____

Lugar de levantamiento _____

Desconocido 1 Sí 2 NoSexo 1 Masculino 2 FemeninoEmbarazo 1 Sí 2 NoPuerperio 1 Sí 2 No

Nombre: _____

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s) _____

DATOS DEL SERVICIO MÉDICO FORENSE

Entidad _____

Nombre del Servicio Médico Forense _____

Jurisdicción _____

Municipio _____

Intervalo posmortem o fecha de defunción

--	--	--	--	--

Día Mes Año

Número de Certificado de Defunción

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

Cuando son identificados

CONDICIONES DEL FALLECIMIENTO

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

Causa básica (Catálogo CIE - 10) _____

¿En qué lugar ocurrió la muerte?

1	Accidente de tránsito	3	Vía pública
2	Hogar	4	Escuela

5	Sitiio 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	5	Se ignora
---	-----------	---	-----------	---	----------	---	--------------------	---	-----------

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(s) nombre(s) de la sustancia(s) en la(s) linea(s))

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

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

1	Sí	2	No
---	----	---	----

¿Cuál(es)?

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____