

Secretaría de Salud
Dirección General de Epidemiología
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones

SERVICIO MÉDICO FORENSE

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha de nacimiento
Día Mes Año

Edad aparente

Fecha de elaboración
Día Mes Año

¿Indígena?
Sí No

¿Migrante?
Sí No

País de origen _____

Desconocido
Sí No

Primer apellido _____

Segundo apellido _____

Nombre(s) _____

Sexo
Masculino Femenino

Embarazo
Sí No

Entidad de residencia _____

Municipio de residencia _____

DATOS DEL SERVICIO MÉDICO FORENSE

Entidad _____

Nombre del Servicio Médico Forense _____

Jurisdicción _____

Municipio _____

CONDICIONES DEL FALLECIMIENTO

Intervalo posmortem o fecha de defunción

Día Mes Año

Causa de la muerte (Catálogo CIE - 10) _____

¿En qué lugar ocurrió la muerte o lugar de levantamiento?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="text"/> 1 Accidente de tránsito | <input type="text"/> 5 Sitio de recreación (antros, bares, fiestas, cine, etc) | <input type="text"/> 10 Hotel |
| <input type="text"/> 2 Vivienda | <input type="text"/> 6 Trabajo | <input type="text"/> 11 Cárcel / Reclusorio |
| <input type="text"/> 3 Vía / Lugar público | <input type="text"/> 8 Se desconoce | <input type="text"/> 12 Baño público |
| <input type="text"/> 4 Escuela | <input type="text"/> 9 Hospital / Clínica | <input type="text"/> 13 Río, lago, presa, mar, etc. |

¿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 _____