

SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERIODO MÁXIMO DE 10 DÍAS HÁBILES POSTERIORES A SU EXPEDICIÓN

LOS DATOS PERSONALES ESTÁN PROTEGIDOS CONFORME A LA LEY FEDERAL DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA GUBERNAMENTAL, LOS LINEAMIENTOS DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES Y LA LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES.

150670767

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)									
Nombre(s)			Apellido paterno			Apellido materno			
2. CURP						3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
CUMH280621HSPR2107						Hombre ☒ 1 Mujer ☐ 2		Mexicana ☒ 1 Otra ☐ 2	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?			6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO		
Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9			Kilogramos Gramos		Metros Centímetros		21/06/2021		
9. EDAD CUMPLIDA									
Para menores de una hora Minutos 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									
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:									
10. ESTADO CONYUGAL									
En unión libre ☐ 4 Separado(a) ☐ 6 Divorciado(a) ☐ 3 Viudo(a) ☐ 2 Soltero(a) ☐ 1 Casado(a) ☒ 5 Se ignora ☐ 9									
11. RESIDENCIA HABITUAL									
Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)									
11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad									
11.4 Municipio o delegación 11.5 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)									
12. ESCOLARIDAD									
Ninguna ☐ 1 Primaria incompleta ☐ 2 Secundaria incompleta ☐ 4 Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ 11 Profesional ☐ 7 Se ignora ☐ 99									
13. OCUPACIÓN HABITUAL									
13.1 Trabajaba Sí ☐ 1 No ☒ 2 Se ignora ☐ 9									
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD									
Ninguna ☐ 1 ISSSTE ☐ 3 SEDENA ☐ 5 Seguro Popular ☒ 7 Otra ☐ 8									
IMSS ☐ 2 PEMEX ☐ 4 SEMAR ☐ 6 IMSS Oportunidades ☐ 10 Se ignora ☐ 99									
14.1 Número de seguridad social o afiliación									
2409789102-04									
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN									
Secretaría de Salud ☒ 1 IMSS ☐ 3 PEMEX ☐ 5 SEMAR ☐ 7 Unidad médica privada ☐ 9									
IMSS Oportunidades ☐ 2 ISSSTE ☐ 4 SEDENA ☐ 6 Otra unidad pública ☐ 8									
15.1 Nombre de la unidad médica									
15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)									
15.3 Localidad									
15.4 Municipio o delegación									
15.5 Entidad federativa									
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN									
16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad									
16.4 Municipio o delegación 16.5 Entidad federativa									
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN									
10/09/2021 10:47									
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?									
Sí ☐ 1 No ☐ 2 Se ignora ☐ 9									
19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?									
Sí ☐ 1 No ☐ 2									
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN									
(Añote 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									
a) Infección bacteriana aguda									
Debido a (o como consecuencia de)									
b) Neumonía bacteriana aguda									
Debido a (o como consecuencia de)									
c) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica									
Debido a (o como consecuencia de)									
d) Asfexia									
Debido a (o como consecuencia de)									
PARTE II									
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo									
Circulación sanguínea aguda									
Debido a (o como consecuencia de)									
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN									
Código CIE									
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS									
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:									
El embarazo ☐ 1 El parto ☐ 2 El puerperio ☐ 3									
43 días a 11 meses después del parto o aborto ☐ 4 No estuvo embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte ☐ 5									
22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?									
Sí ☐ 1 No ☐ 2									
22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?									
Sí ☐ 1 No ☐ 2									
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE									
23.1 Fue un presunto									
Accidente ☐ 1 Homicidio ☐ 2									
Suicidio ☐ 3 Se ignora ☐ 9									
23.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?									
Sí ☐ 1 No ☐ 2									
Se ignora ☐ 9									
23.3 Sitio donde ocurrió la lesión									
Vivienda particular ☐ 0 Área deportiva ☐ 3									
Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) ☐ 1 Calle o carretera (vía pública) ☐ 4									
Escuela u oficina pública ☐ 2 Área comercial o de servicios ☐ 5									
Se ignora ☐ 9									
23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)?									
23.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número:									
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión									
23.7 Sólo en caso de accidente, añote el domicilio donde ocurrió la lesión									
23.7.1 Calle y número 23.7.2 Colonia 23.7.3 Localidad									
23.7.4 Municipio o delegación 23.7.5 Entidad federativa									
24. NOMBRE									
Nombre(s)			Apellido paterno			Apellido materno			
25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)									
26. CERTIFICADA POR									
Médico tratante ☐ 1 Médico legista ☐ 2 Otro médico ☒ 3									
Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ 4 Autoridad civil ☐ 5 Otro ☐ 8									
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO									
Número de la cédula profesional									
28. NOMBRE									
Nombre(s)			Apellido paterno			Apellido materno			
29. TELÉFONO									
30. DOMICILIO									
31. FIRMA									
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN									
Día Mes Año									
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO									
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO									
34.1 Localidad									