



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

MODULO 2010

FOLIO

150673280

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

2. CURP

3. SEXO

Hombre 1Mujer 2Se ignora 9

4. NACIONALIDAD

Mexicana 1Otra 2Se ignora 9

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí 1No 2Se ignora 9

6. PESO

Kilogramos

Gramos

7. TALLA

Metros

Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO

Día

Mes

Año

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

Se ignora 9

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:

10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre 4Separado(a) 6Divorciado(a) 3Viudo(a) 2Soltero(a) 1Casado(a) 5Se ignora 9

11. RESIDENCIA HABITUAL

Anote 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 1Primaria incompleta 2Secundaria incompleta 4Bachillerato o preparatoria incompleta 11Profesional 7Se ignora 99Preescolar 12Primaria completa 3Secundaria completa 5Bachillerato o preparatoria completa 6Posgrado 10

13. OCUPACIÓN HABITUAL

13.1 Trabajaba 1No 2Se ignora 9

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna 1ISSSTE 3SEDENA 5Seguro Popular 7Otra 8IMSS 2PEMEX 4SEMAR 6IMSS Oportunidades 10Se ignora 99

14.1 Número de seguridad social o afiliación

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud 1IMSS 3PEMEX 5SEMAR 7Unidad médica privada 9IMSS Oportunidades 2ISSSTE 4SEDENA 6Otra unidad pública 8

15.1 Nombre de la unidad médica

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

Vía pública 10Otro lugar 12Hogar 11Se ignora 99

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

02 0220 2015 1505 05:30 :30

Horas

Minutos

Dia

Mes

Año

18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Sí 1No 2Se ignora 9Sí 1No 2Se ignora 9

19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?

Sí 1No 2Se ignora 9Se ignora 9

| | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| DEL FALLECIDO | Minutos | | Horas | | Días | | |
| | 9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: | | 10. ESTADO CONYUGAL | | | | |
| | En unión libre <input type="radio"/> 4 Separado(a) <input type="radio"/> 6 Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 Viudo(a) <input type="radio"/> 2 Soltero(a) <input type="radio"/> 1 Casado(a) <input type="radio"/> 5 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | | | | | |
| 11. RESIDENCIA HABITUAL | Anote 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 | 13. Ocupación Habitual | | | Se ignora <input type="radio"/> 99 | | | |
| Ninguna <input type="radio"/> 1 Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99 | 13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 Sí <input type="radio"/> 2 No <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | | Se ignora <input type="radio"/> 99 | | | |
| Preescolar <input type="radio"/> 12 Primaria completa <input type="radio"/> 3 Secundaria completa <input type="radio"/> 5 Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> 6 Posgrado <input type="radio"/> 10 | | | | | | | |
| 14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD | 14.1 Número de seguridad social o afiliación | | | | | | |
| Ninguna <input type="radio"/> 1 ISSSTE <input type="radio"/> 3 SEDENA <input type="radio"/> 5 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8 Se ignora <input type="radio"/> 99 | 14.2 Número de seguridad social o afiliación | | | | | | |
| IMSS <input type="radio"/> 2 PEMEX <input type="radio"/> 4 SEMAR <input type="radio"/> 6 IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 10 Se ignora <input type="radio"/> 99 | | | | | | | |
| 15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN | 15.1 Nombre de la unidad médica | | | Vía pública <input type="radio"/> 10 Otro lugar <input type="radio"/> 12 | | | |
| Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 IMSS <input type="radio"/> 3 PEMEX <input type="radio"/> 5 SEMAR <input type="radio"/> 7 Unidad médica privada <input type="radio"/> 9 | | | | Hogar <input type="radio"/> 11 Se ignora <input type="radio"/> 99 | | | |
| IMSS Oportunidades <input type="radio"/> 2 ISSSTE <input type="radio"/> 4 SEDENA <input type="radio"/> 6 Otra unidad pública <input type="radio"/> 8 | 15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) | | | | | | |
| 16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN | 16.3 Localidad | | | | | | |
| 16.1 Calle y número | 16.2 Colonia | | | | | | |
| 16.4 Municipio o delegación | 16.5 Entidad federativa | | | | | | |
| 17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN | 18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? | | | 19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? | | | |
| 02/02/2015 15:05:30 Día Mes Año Horas Minutos | Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | | Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | | | |
| 20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.) | | | | | | | |
| PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente | | | | | | | |
| a) <i>Acodosa mixta severa.</i> Debido a (o como consecuencia de) | | | | | | | |
| b) <i>NAC.</i> Debido a (o como consecuencia de) | | | | | | | |
| c) <i>Sx coqueluchosa.</i> Debido a (o como consecuencia de) | | | | | | | |
| d) | | | | | | | |
| PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo | | | | | | | |
| 22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS | 22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? | | | 22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio? | | | |
| 22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: | El embarazo <input type="radio"/> 1 | El parto <input type="radio"/> 2 | El puerperio <input type="radio"/> 3 | Sí <input type="radio"/> 1 | No <input type="radio"/> 2 | Sí <input type="radio"/> 1 | No <input type="radio"/> 2 |
| 43 días a 11 meses después del parto o aborto <input type="radio"/> 4 | No estuve embarazada en los últimos 11 meses previos a la muerte <input type="radio"/> 5 | | | | | | |
| 23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE | 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión | | | Área industrial (taller, fábrica u obra) <input type="radio"/> 6 | | | |
| 23.1 Fue un presunto Accidente <input type="radio"/> 1 Homicidio <input type="radio"/> 2 Suicidio <input type="radio"/> 3 Se ignora <input type="radio"/> 9 | 23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 9 | Vivienda particular <input type="radio"/> 0 | Área deportiva <input type="radio"/> 3 | Granja (rancho o parcela) <input type="radio"/> 7 | | | |
| | | Vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.) <input type="radio"/> 1 | Calle o carretera (vía pública) <input type="radio"/> 4 | Otro <input type="radio"/> 8 | | | |
| | | Escuela u oficina pública <input type="radio"/> 2 | Área comercial o de servicios <input type="radio"/> 5 | Se ignora <input type="radio"/> 9 | | | |
| 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, anote 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 | | | | 25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A) | | | |
| Nombre(s) | Apellido paterno | | | Apellido materno | | | |
| 26. CERTIFICADA POR | | | | 27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO | | | |
| Médico tratante <input type="radio"/> 1 Médico legista <input type="radio"/> 2 Otro médico <input type="radio"/> 3 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otro <input type="radio"/> 8 | | | | Número de la cédula profesional <input type="radio"/> 5402353 | | | |
| 28. NOMBRE | Apellido paterno | | | Apellido materno | | | |
| Reynaldo | Soria | | | Delgado | | | |
| Nombre(s) | | | | | | | |
| 30. DOMICILIO | | | | 31. FIRMA | | | |
| Nombre(s) | | | | | | | |
| 32. FECHA DE CERTIFICACIÓN | | | | | | | |
| 33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO | 34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO | | | | | | |
| | | | | | | | |
| E.G. L | 34.1 Localidad | | | | | | |