

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MEDICA, 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.

150673851

DEL FALLECIDO	1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)		Soria		Morelos	
	Nombre(s)		Apellido paterno		Apellido materno	
	2. CURP		3. SEXO		4. NACIONALIDAD	
	5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?		6. PESO		7. TALLA	
DE LA DEFUNCIÓN	9. EDAD CUMPLIDA		10. ESTADO CONYUGAL		11. RESIDENCIA HABITUAL	
	12. ESCOLARIDAD		13. OCUPACIÓN HABITUAL		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD	
	15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN		17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN	
	18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN	
	21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS		22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE		23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE	
	24. NOMBRE		25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)		26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO	
	27. NOMBRE		28. DOMICILIO		29. TELÉFONO	
	30. DOMICILIO		31. FIRMA		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN	
	33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO		34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		35. ACTA NÚM.	
	36. ACTA NÚM.		37. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO		38. ACTA NÚM.	

ATENCIÓN: LA UNIDAD MÉDICA QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN DEBE CONSERVAR ESTA 3ª COPIA PARA INTEGRAR LA INFORMACIÓN DE MORTALIDAD DEL SECTOR SALUD*