



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO

150676383

DEL FALLECIDO DE LA DEFUNCIÓN MUERTES ACCIDENTALES Y VIOLENTAS DEL INF. DEL CERTIFICANTE REG. INF.		<p align="center">1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> MARTHA Nombre(s) </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> HERNAN DEZ Apellido paterno </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> HERNAN DEZ Apellido materno </td> </tr> </table> <p align="center">2. CURP</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> H E N A M T 7 1 0 2 7 M P R R O 9 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Se ignora <input type="radio"/> 99 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> 3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 </td> </tr> </table> <p align="center">4. NACIONALIDAD</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> Mexicana <input type="radio"/> 1 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> Otra <input type="radio"/> 2 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> Se ignora <input type="radio"/> 99 </td> </tr> </table> <p align="center">5. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> 6. PESO Kilogramos </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> 7. TALLA Centímetros </td> </tr> </table> <p align="center">8. FECHA DE NACIMIENTO</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> 2 7 Días </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> 1 9 Mes </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> 1 9 1 9 7 7 Año </td> </tr> </table> <p align="center">9. EDAD CUMPLIDA</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> Para menores de una hora Minutos </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> Para menores de un día Horas </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> Para menores de un mes Días </td> </tr> </table> <p align="center">10. ESTADO CONYUGAL</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> En unión libre <input type="radio"/> 4 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> Separado(a) <input type="radio"/> 6 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> Divorciado(a) <input type="radio"/> 3 </td> </tr> </table> <p align="center">11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> LA GETA # 18 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> PAHUAYO. </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> QUAQUENILLA. </td> </tr> </table> <p align="center">11.1 Calle y número 11.2 Colonia 11.3 Localidad</p> <p align="center">11.4 Municipio o delegación</p> <p align="center">12. ESCOLARIDAD</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> Ninguna <input type="radio"/> 1 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> Primaria incompleta <input type="radio"/> 2 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4 </td> </tr> </table> <p align="center">12.1 Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> 11 Profesional <input type="radio"/> 7 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p align="center">12.2 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</p> <p align="center">13. Ocupación habitual</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> LABORES DELhogar </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> Se ignora <input type="radio"/> 99 </td> </tr> </table> <p align="center">13.1 Trabajaba <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99</p> <p align="center">14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> Ninguna <input type="radio"/> 1 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> ISSSTE <input type="radio"/> 3 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> SEDENA <input type="radio"/> 5 </td> </tr> </table> <p align="center">14.1 Seguro Popular <input type="radio"/> 7 Otra <input type="radio"/> 8</p> <p align="center">14.2 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</p> <p align="center">14. Número de seguridad social o afiliación</p> <p align="center">2410854952</p> <p align="center">15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> IMSS <input type="radio"/> 3 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> PEMEX <input type="radio"/> 5 </td> </tr> </table> <p align="center">15.1 Nombre de la unidad médica</p> <p align="center">15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)</p> <p align="center">16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> LA GET-BA # 18 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> PAHUAYO </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> QUAQUENILLA. </td> </tr> </table> <p align="center">16.1 Calle y número 16.2 Colonia 16.3 Localidad</p> <p align="center">16.4 Municipio o delegación</p> <p align="center">17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> 1 2 Día </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> 0 6 Mes </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> 2 0 Año </td> </tr> </table> <p align="center">17.1 0 4 : 0 0 Horas 17.2 Minutos</p> <p align="center">18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> SI <input type="radio"/> 1 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> NO <input type="radio"/> 2 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> Se ignora <input type="radio"/> 99 </td> </tr> </table> <p align="center">19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> SI <input type="radio"/> 1 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> No <input type="radio"/> 2 </td> </tr> </table> <p align="center">20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir (ejemplo: paro cardíaco, astenia, etc.)</p> <p align="center">PARTE I Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente</p> <p align="center">a) INFARTO AGUDO AL M-CARDIO. Debido a (o como consecuencia de)</p> <p align="center">b) ENFERMEDAD TUBERCULOSA CRONICA. Debido a (o como consecuencia de)</p> <p align="center">c) TUBERCULOSIS TUBERCULOSA. Debido a (o como consecuencia de)</p> <p align="center">d)</p> <p align="center">PARTE II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo</p> <p align="center">21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE</p> <p align="center">22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS</p> <p align="center">22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> El embarazo <input type="radio"/> 1 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> El parto <input type="radio"/> 2 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> El puerperio <input type="radio"/> 3 </td> </tr> </table> <p align="center">22.2 ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> SI <input type="radio"/> 1 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> No <input type="radio"/> 2 </td> </tr> </table> <p align="center">22.3 ¿Las causas anotadas complicaron el embarazo, parto o puerperio?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> SI <input type="radio"/> 1 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> No <input type="radio"/> 2 </td> </tr> </table> <p align="center">23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> 23.1 Fue un accidente <input type="radio"/> 1 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> 23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> 2 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> 23.3 Sitio donde ocurrió la lesión. Vivienda particular <input type="radio"/> 0 </td> </tr> </table> <p align="center">23.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con ella (a) fallecido(a)?</p> <p align="center">24. NOMBRE</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> DA 148 Nombre(s) </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> HERNAN DEZ Apellido paterno </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> HERNAN DEZ Apellido materno </td> </tr> </table> <p align="center">25. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)</p> <p align="center">26. CERTIFICADA POR</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> Médico tratante <input type="radio"/> 1 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> Médico legista <input type="radio"/> 2 </td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;"> Otro <input type="radio"/> 3 </td> </tr> </table> <p align="center">26.1 Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> 4 Autoridad civil <input type="radio"/> 5 Otra <input type="radio"/> 8</p> <p align="center">27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO</p> <p align="center">28. NOMBRE</p> <p align="center">29. TELÉFONO</p> <p align="center">30. DOMICILIO</p> <p align="center">31. FIRMA</p> <p align="center">32. FECHA DE CERTIFICACIÓN</p> <p align="center">33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO</p> <p align="center">34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO</p> <p align="center">35. LOCALIDAD</p>						MARTHA Nombre(s)	HERNAN DEZ Apellido paterno	HERNAN DEZ Apellido materno	H E N A M T 7 1 0 2 7 M P R R O 9	<input type="checkbox"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	Mexicana <input type="radio"/> 1	Otra <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99	SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	6. PESO Kilogramos	7. TALLA Centímetros	2 7 Días	1 9 Mes	1 9 1 9 7 7 Año	Para menores de una hora Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días	En unión libre <input type="radio"/> 4	Separado(a) <input type="radio"/> 6	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3	LA GETA # 18	PAHUAYO.	QUAQUENILLA.	Ninguna <input type="radio"/> 1	Primaria incompleta <input type="radio"/> 2	Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4	LABORES DELhogar	Se ignora <input type="radio"/> 99	Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5	Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5	LA GET-BA # 18	PAHUAYO	QUAQUENILLA.	1 2 Día	0 6 Mes	2 0 Año	SI <input type="radio"/> 1	NO <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99	SI <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3	SI <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	SI <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	23.1 Fue un accidente <input type="radio"/> 1	23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> 2	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión. Vivienda particular <input type="radio"/> 0	DA 148 Nombre(s)	HERNAN DEZ Apellido paterno	HERNAN DEZ Apellido materno	Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro <input type="radio"/> 3
MARTHA Nombre(s)	HERNAN DEZ Apellido paterno	HERNAN DEZ Apellido materno																																																																			
H E N A M T 7 1 0 2 7 M P R R O 9	<input type="checkbox"/> Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO Hombre <input type="radio"/> 1 Mujer <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99																																																																			
Mexicana <input type="radio"/> 1	Otra <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99																																																																			
SI <input type="radio"/> 1 No <input type="radio"/> 2 Se ignora <input type="radio"/> 99	6. PESO Kilogramos	7. TALLA Centímetros																																																																			
2 7 Días	1 9 Mes	1 9 1 9 7 7 Año																																																																			
Para menores de una hora Minutos	Para menores de un día Horas	Para menores de un mes Días																																																																			
En unión libre <input type="radio"/> 4	Separado(a) <input type="radio"/> 6	Divorciado(a) <input type="radio"/> 3																																																																			
LA GETA # 18	PAHUAYO.	QUAQUENILLA.																																																																			
Ninguna <input type="radio"/> 1	Primaria incompleta <input type="radio"/> 2	Secundaria incompleta <input type="radio"/> 4																																																																			
LABORES DELhogar	Se ignora <input type="radio"/> 99																																																																				
Ninguna <input type="radio"/> 1	ISSSTE <input type="radio"/> 3	SEDENA <input type="radio"/> 5																																																																			
Secretaría de Salud <input type="radio"/> 1	IMSS <input type="radio"/> 3	PEMEX <input type="radio"/> 5																																																																			
LA GET-BA # 18	PAHUAYO	QUAQUENILLA.																																																																			
1 2 Día	0 6 Mes	2 0 Año																																																																			
SI <input type="radio"/> 1	NO <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 99																																																																			
SI <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2																																																																				
El embarazo <input type="radio"/> 1	El parto <input type="radio"/> 2	El puerperio <input type="radio"/> 3																																																																			
SI <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2																																																																				
SI <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2																																																																				
23.1 Fue un accidente <input type="radio"/> 1	23.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo? <input type="radio"/> 2	23.3 Sitio donde ocurrió la lesión. Vivienda particular <input type="radio"/> 0																																																																			
DA 148 Nombre(s)	HERNAN DEZ Apellido paterno	HERNAN DEZ Apellido materno																																																																			
Médico tratante <input type="radio"/> 1	Médico legista <input type="radio"/> 2	Otro <input type="radio"/> 3																																																																			

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUÉ CERTIFICADA POR UNA UNIDAD MÉDICA, EL CERTIFICANTE DEBE REMITIR ESTA COPIA A LA SECRETARÍA DE SALUD EN UN PERÍODO 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 POSSESIÓN DE LOS PARTICULARLES.

150676383