

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

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Models 2015

FOLIO

150678942

*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

150678942

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) R.N. Masculino Morales Garcia		2. CURP [Blank]		3. SEXO Hombre ☒ Mujer ☐		4. NACIONALIDAD Mexicana ☒ Otra ☐	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		6. PESO [Blank] Kilogramos [Blank] Gramos		7. TALLA [Blank] Metros [Blank] Centímetros		8. FECHA DE NACIMIENTO Día Mes Año	
9. EDAD CUMPLIDA Para menores de una hora [Blank] Minutos Para menores de un día [Blank] Horas Para menores de un mes [Blank] Días Para menores de un año [Blank] Meses Para personas de un año o más [Blank] Años cumplidos		10. ESTADO CONYUGAL En unión libre ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Soltero(a) ☒ Casado(a) ☐ Se ignora ☐		11. RESIDENCIA HABITUAL: Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a) Calle y número Colonia Localidad Municipio o delegación Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)		12. ESCOLARIDAD Ninguna ☒ Primaria incompleta ☐ Secundaria incompleta ☐ Bachillerato o preparatoria incompleta ☐ Profesional ☐ Se ignora ☐	
13. OCUPACIÓN HABITUAL Trabajaba Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Ninguna ☐ ISSSTE ☐ SEDENA ☐ Seguro Popular ☒ Otra ☐		15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN Secretaría de Salud ☒ IMSS ☐ PEMEX ☐ SEMAR ☐ Unidad médica privada ☐		16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN Calle y número Colonia Localidad Municipio o delegación Entidad federativa	
17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN Día Mes Año Horas Minutos		18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE? Sí ☐ No ☒ Se ignora ☐		19. ¿SE PRACTICÓ NECROPSIA? Sí ☐ No ☒		20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN: (Anote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir: muerte por cardíaca, patología, etc.) Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la muerte directamente a) Choque séptico Debido a (o como consecuencia de) b) Hipoglucemia Debido a (o como consecuencia de) c) Hipertensión Debido a (o como consecuencia de) d) Reacc. Necr. Pat.	
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN Código CIE		22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS, ¿Especifique si la muerte ocurrió durante el embarazo? Embarazo ☐ El puerperio ☐ No estuvo embarazada en los últimos meses previos a la muerte ☐		23. ¿Las causas anotadas fueron complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio? Sí ☐ No ☐		24. ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Blank]	
25. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE: 25.1 Fue un presunto accidente ☐ No ☐ Se ignora ☐		25.2 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo? Sí ☐ No ☐ Se ignora ☐		25.3 ¿Situación donde ocurrió la lesión? Vivienda particular ☐ Área deportiva ☐ Calle o carretera (vía pública) ☐ Área comercial o de servicios ☐ Se ignora ☐		25.4 ¿La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Blank]	
25.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: [Blank]		25.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión: [Blank]		25.7 Sólo en caso de accidente, anote el domicilio donde ocurrió la lesión: 25.7.1 Calle y número 25.7.2 Colonia 25.7.3 Localidad 25.7.4 Municipio o delegación 25.7.5 Entidad federativa		25.8 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a)? [Blank]	
26. CERTIFICADA POR Médico ☐ Médico legista ☐ Otro médico ☒ Persona autorizada por la Secretaría de Salud ☐ Autoridad civil ☐ Otro ☐		27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO Número de la cédula profesional		28. NOMBRE [Blank]		29. TELÉFONO [Blank]	
30. DOMICILIO [Blank]		31. FIRMA [Blank]		32. FECHA DE CERTIFICACIÓN Día Mes Año		33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALIA O JUZGADO [Blank]	
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 34.1 Localidad [Blank]		35. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 35.1 Localidad [Blank]		36. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 36.1 Localidad [Blank]		37. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO 37.1 Localidad [Blank]	