



HOSPITAL

SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

150681824 84
FOLIO

Modelo 2015

*SI LA DEFUNCIÓN NO FUE 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

150681824

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 PARTICULARS.

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Nombre(s) **FERNANDO** Apellido paterno **VIDALES** Apellido materno **GONZALEZ**

2. CURP

Nombre(s) **FERNANDO** Apellido paterno **VIDALES** Apellido materno **GONZALEZ**

3. SEXO

Hombre Mujer Se ignora

4. NACIONALIDAD

Mexicana Otra Se ignora

5. ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

6. PESO

7. TALLA

8. FECHA DE NACIMIENTO

9. EDAD

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. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL

24. NOMBRE

26. CERTIFICADA POR

28. NOMBRE

30. DOMICILIO

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

36. LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACIÓN

38. FECHA DE CERTIFICACIÓN

39. TELEFONO

40. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

42. FECHA DE CERTIFICACIÓN

44. FECHA DE CERTIFICACIÓN

46. FECHA DE CERTIFICACIÓN

48. FECHA DE CERTIFICACIÓN

50. FECHA DE CERTIFICACIÓN

DEL FALLECIDO

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

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)

13.1 Trabajaba

14.1 Número de seguridad social o afiliación

15.1 Nombre de la unidad médica

15.2 Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES)

16.1 Calle y número

16.2 Colonia

16.3 Localidad

16.4 Municipio o delegación

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. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL

24. NOMBRE

26. CERTIFICADA POR

28. NOMBRE

30. DOMICILIO

33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA

34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO

36. LUGAR Y FECHA DE CERTIFICACIÓN

38. FECHA DE CERTIFICACIÓN

40. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A)

42. FECHA DE CERTIFICACIÓN

44. FECHA DE CERTIFICACIÓN

46. FECHA DE CERTIFICACIÓN

48. FECHA DE CERTIFICACIÓN

50. FECHA DE CERTIFICACIÓN

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