



**ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO**



150681824

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)									
2. CURP		Nombre(s) FERNANDO		Apellido paterno VIDALES		Apellido materno GONZALEZ		4. NACIONALIDAD	
								Mexicana <input checked="" type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	
5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDIGENA?		6. PESO		7. TALLA		8. FECHA DE NACIMIENTO			
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		[ 49 ] Kilogramos		[ 1 ] Metros		[ 21 ] Mes		[ 31 ] Año	
9. EDAD CUMPLIDA		Para menores de una hora		Para menores de un día		Para menores de un mes		Para menores de un año	
		Minutos		Horas		Días		Meses	
								Para personas de un año o más	
								Años cumplidos	
								Se ignora <input type="radio"/>	
9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento: [ ]									
10. ESTADO CONYUGAL									
En unión libre <input checked="" type="radio"/> Separado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Vudor(a) <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>									
11. RESIDENCIA HABITUAL									
Añote 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 reside en el extranjero)									
12. ESCOLARIDAD									
Ninguna <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria incompleta <input type="radio"/> Profesional <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>									
Prescolar <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Bachillerato o preparatoria completa <input type="radio"/> Posgrado <input type="radio"/>									
13. OCUPACIÓN HABITUAL									
13.1 Trabajaba Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>									
14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD									
Ninguna <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Seguro Popular <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>									
IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> IMSS Oportunidades <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>									
15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN									
Secretaría <input type="radio"/> IMSS <input type="radio"/> PEMEX <input type="radio"/> SEMAR <input type="radio"/> Unidad médica <input type="radio"/> Unidad privada <input type="radio"/>									
Oportunidades <input type="radio"/> ISSSTE <input type="radio"/> SEDENA <input type="radio"/> Otra unidad <input type="radio"/>									
16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN									
PRONTERA ESQ. CON 30 DE MAYO ALTAVISTA									
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									
18. ¿TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?									
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Se ignora <input type="radio"/>									
19. ¿SE PRÁCTICÓ NECROPSIA?									
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>									
20. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (Añote una sola causa en cada renglón. Evite señalar modos de morir -ejemplo: paro cardíaco, asfexia, etc.)									
a) NEUMONIA									
b) PULMONAR									
c) Debido a (o como consecuencia de)									
d) Debido a (o como consecuencia de)									
21. CAUSA BÁSICA DE DEFUNCIÓN									
Código CIE									
22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS									
22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante:									
El embarazo <input type="radio"/> El parto <input type="radio"/> El puerperio <input type="radio"/>									
22.2 ¿Las causas anotadas corresponden a las causas inmediatas del embarazo, parto o puerperio?									
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>									
22.3 ¿Las causas anotadas corresponden a las causas inmediatas del embarazo, parto o puerperio?									
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>									
23. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE									
23.1 ¿Ocurrió en el desempeño de su trabajo?									
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>									
23.2 ¿Ocurrió en la vivienda particular?									
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>									
23.3 ¿Ocurrió en la vivienda colectiva (asilo, orfanato, etc.)?									
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>									
23.4 ¿Ocurrió en la calle o carretera (vía pública)?									
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>									
23.5 ¿Ocurrió en la escuela u oficina pública?									
Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>									
23.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión									
23.7 Solo 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									
Nombre(s) CLAUDIO									
Apellido paterno REYES									
Apellido materno VIDALES									
25. PARENTESCO CON EL(A) FALLECIDO(A)									
SOBRINO.									
26. CERTIFICADA POR									
Médico <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> Persona autorizada por la Secretaría de Salud <input type="radio"/> Autoridad <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>									
27. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO									
Número de la cédula profesional									
28. NOMBRE									
Nombre(s) EUPRONIO									
Apellido paterno PEREZ									
Apellido materno MARTINEZ									
29. TELÉFONO									
4813814749									
30. DOMICILIO									
LINARES 522. COL. 20 DE NOVIEMBRE CD VALLES S.L.P.									
31. FIRMA									
32. FECHA DE CERTIFICACIÓN									
33. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO									
34. LUGAR Y FECHA DE REGISTRO									
34.1 Localidad									
34.2 Municipio o delegación									
34.3 Entidad federativa									
34.4 Día Mes Año									

**\*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**

**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.**

150681824

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